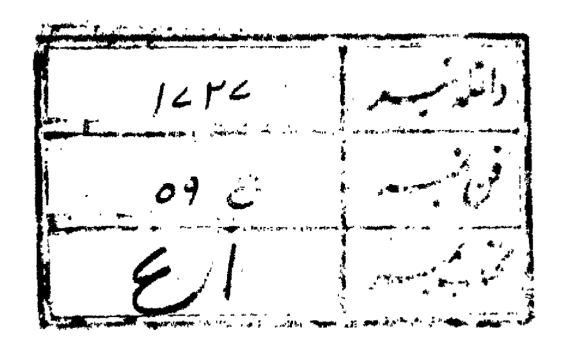
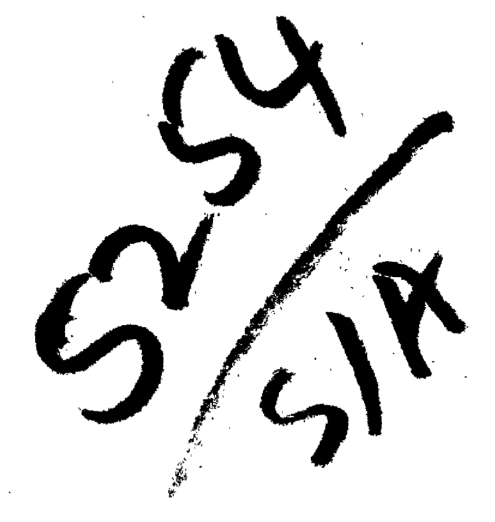

داخله نمبر ۱۷۲۷
فن نمبر



فهرست كتاب جامعة الدروس السنويه في الامراض الباطنيه تاليف سعادة الدكتور ابراهيم باشا حسن ناظر المدرسة الطبية المصرية

صحيفة

٧ و١٤٠

صحيفة

صحيفه

٢٠٩ المبحث

صحيفة

صحيفة

٣٢٣ رابعا

صحيفه

صحيفه

صحيفة

م ٢ ت

صحيفة

صحيفة

تمت الفهرست

{ الخطا والصواب الواقع في هذا الكتاب }

صحيفة	سطر	خطأ	صواب
١٩	٨	المتوسط	المنصف
٠	١٤	فلونه	فانه
١٤	٧	ملازمته	ملامسته
١٥	١٨	والثانية	والثنية
١٦	٨	عن	عند
٢٥	١٩	نفس	نفس
٢٦	٨	مع	من
٢٧	٦	وتنتفخ	وتنفتح
٤٤	٣	المتوسط	المنصف
٤٩	١٠	الكورع	الخورع
٦٦	٢٣	المقصيري	المقيصي
٨٢	١٧	يوى	يوجد اثبات
٨٤	١٥	البوليجا	البوليجالا
٨٥	١٦	رأسا	خاة
٨٨	٤	الثقيلة	الثقلية
٨٨	١١	المتوسط	المنصف
٩١	١٢	والمغنية	والميينية
٩٢	٩	بضيق	ضيق
٩٧	٢٤	التفسلية	التنفسية
٩٨	٨	مستنير	مستديرة
٩٩	١٠	تقرصها	تقرحها

تابع الخطا والصواب

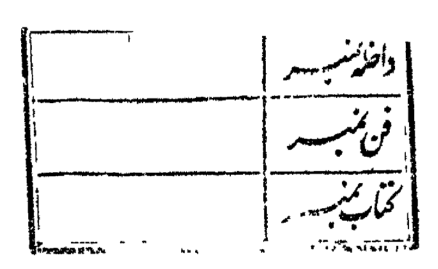
صحيفة	سطر	خطأ	صواب
١٠٣	١٥	الساق يتألم	النساء يتألمن
١٠٤	١٢	واج	واضح
١٠٦	٢٠	اقويا	قويا
١١١	٢٤	المتواك	المتراك
١١٨	١٠	نجاصه	نخاصه
١٢١	١٩	فماشه	فراشه
١٢٩	٩	المقرض	القرمز
١٢٩	٢٠	الخلاليه	الملاريه
١٣٤	١٠	بنترات	بتزوات
١٣٥	١٩	القص	العض
١٣٨	١٩	العص	الفص
١٤٨	٢	الانوبرزما	الانفلونزا
١٤٩	١٣	فتتفرع	فتتفرغ
١٤٩	١٤	صمامه	ضخامه
١٥١	٣	عارصى	عارضى
١٥٤	١٢	تشتمو	تسمو
١٥٥	٦	تحتلف	يختلط
١٥٥	١١	يتحد	يتخذ
١٥٦	١٠	فالاليه	فاللوب
١٥٨	٥	يحس	يتحسن
١٦١	٢٠	عهنبا	عهنيا
١٦٢	١٧	النسيج	النتائج

صحيفة	سطر	خطأ	صواب
٢٠١	٢١	عند	عن
٢٠٣	١٠	المنفخ	المنفج
٢٢٠	١٦	الحملى	للحملى
٢٢٦	٢٣	بحد	بجدر
٢٤١	٢٢	ولذا	واذا
٢٥٦	١٣	دوور	بودور
٢٦٤	١٣	عقدت	عقدت
٢٧٤	١٦	بنها	بينها
٢٧٥	١٣	الصمغ	الصنفرة
٢٧٦	١٢	الصمغ	الصنفرة
٢٧٦	١٦	الصغيرة	الصفيرة
٣٣٤	١٤	جبلية	جبنية
٣٥٦	١٣	وطول في العضلية	وبطول العضلة
٣٥٨	٢	اولا	ولا
٣٦٢	١٢	المرعى	المريض
٣٧٤	٨	البترة	البشرة
٣٩٠	١٥	المقرحه	القرحة
٣٠٧	٢	يتوض	يتعود
٤٣٧	٢٢	المرض	المريض
٤٣٨	٨	البسيط الدرني	المبسيط عن الدرني
٤٣٩	٢٤	الدورية	الدودية
٤٤٣	٧	عدد المواد الثقيلة	تبدد المواد الثقيلة

صحيفه	سطر	خطا	صواب
٤٥٠	٩	ثقيلة	ثقلية
٤٥٣	٤	الحارة	الحادة
٤٦٠	٢٤	ثقيله	ثقلية
٤٦٣	٢٤	العرمريك	الطرطريك
٤٦٨	١٦	وان مفيدا	وان كان مفيدا
٤٧١	٥	المصوف	المجوف
٤٧٢	٢٣	ارياح	الارياح
٤٧٤	٤	المعدة	الامعا
٤٧٧	١٦	متفرعة	متفرغة
٤٨١	٢٤	الثقيله	الثقلية وهكذا ما بعدها
٥٠٧	٢٤	الانق	الانخى
٥١١	٥	تجزا	تجزأ
٥٢٠	٤	واصلت	وصلت
٥٢٠	١٨	في الحس	في الجبس
٥٢١	١٢	المصوف	المجوف
٥٢١	١٦	وتبرز	وتبرد
٥٢١	٢٣	المستتر	المنتشر
٥٤١	١٥	الرئوية	الكبدية
٥٤٢	٨	الكبدى	الكبدية
٥٤٥	٨	اذا لم تكف	الا اذا لم تكف
٥٤٥	٦٠	عصارات الأغذيه	فضلات التغذية
٥٤٥	١٥	عقب انسيابها فيها	عقب احتباسها فيها

صحيفه	سطر	خطا	صواب
٥٤٦	٧	وتنفرج	وتتموج
٥٤٩	٨	اجليين	اجليين
٥٥٠	١	بيبنيا	بيبيتا
٥٥٩	٧	وتكسرها	ويكسرها
٥٩٣	٢٤	الالوميين	الالبوميين
٥٩٩	١٤	الحارة	الحادة
٦١٣	١١	منها	فيها

تمت



كتاب
جامعة الدروس السنويه في الأمراض الباطنيه

تأليف

سعادة الدكتور النطاسي ابراهيم باشا
حسن ناظر المدرسة الطبية الم
ومدرس الامراض البا

طبع
بمطبعة الحجر الطبيه الدريه الكائنة بحارة السقائين
بمصر المحميه سنه ١٣١١ هجريه



الحمد لله الحكيم العليم * القادر المقتدر البر الرحيم * المحيط
بالاشياء كلها * البصير بكيفياتها وكنهها * لا يعزب عن علمه شيء
قل او جل * ولا يخرج عن حكمه ما عرض او حصل * احمده تعالى
دبر الاجسام والاعراض * وخص من شاء بالصحة وابتلى
من اراد بالامراض * واشكره على مزيد عنايته حيث الهمهم
دواء كل داء * واختار منهم من يقوم بذلك وهم الاطباء *
فسبحانه خص من شاء بما شاء * ولا يقع في ملكه الا ما يشاء *
والصلاة والسلام على سيدنا محمد طب القلوب ودوائها *
وعافية الابدان وشفائها * صلى الله وسلم عليه وعلى آله *
والتابعين له والناسجين على منواله * صلاة وسلاما دائمين
متلازمين ما برئ من مرض عليل * وبرد من فؤاد غليل *
(اما بعد) فيقول المتوكل على ربه القدير * المعترف بالتقصير
من له بربه ظن حسن * ابراهيم باشا حسن * ناظر المدرسة
الطبية

الطبية المصرية * ومدرس الأمراض الباطنيه * قد قضت العادة والقوانين المرعيه * باجتماع جمعية من الاساتذة بالمدرسة في ابتداء كل سنة مكتبية * مركبة من افاضل المدرسين * والاعضاء الكرام الممتحنين * لتقرير ما يلزم تدريسه في تلك السنة على كل استاذ * ليكون له انموذجا وخير ملاذ * فاتفقت الاراء على انتخاب كتب مهمة حديثة في الامراض الباطنيه * اقرت عليها تلك الجمعيه * وقرروا ما استحسنوه منها علي * فبادرت الى اهم الكتب لدي * وجعلتها دستورا * واستخرجت منها ما كان محققا مشهورا * ما جرب نفعه * ووجب على اهل الفن وضعه * والتزمت الايجاز مع حسن التأليف * واجتنبت الاطناب والزيف وتركت ما لم تظهر اهميته * ولم تتحقق مزيته * واعرضت عن الاخذ بالافكار والاراء * والمجادلات والاطراء * واثبت ما صح منها مع الايضاح الكافي * والبيان الشافي * ونبذت تكرار القواعد الاساسيه * واعادة المسائل العملية والعلمية * حسب الاهمية في الاكلينك * واوضحت اسباب الامراض وآفاتها ومضاعفاتها وعلاماتها والاعراض * لما في ذلك من الاهمية الكبرى في التشخيص * واوضحت الانذار والمعالجة بوجه التلخيص * ولم اقصر في التفصيلات الضروريه * مما فيه نوع أهميه * من دقائق اشكال الامراض وتنوعاتها * وما يوافقها من المعالجة الواقية والشافية لعلاتها * والمعالجة الدوائيه والاقليميه * والحمامات المعدنية واستعمال الكهربائية واعتمدت في ذلك على الله * الذي من توكل عليه كفاه * وجمعت ما اخترته جمع تصحيح * وجعلته في غاية التوضيح * وسميته جامعة الدروس السنويه * في الأمراض الباطنية * لأنه عبارة عن

مجموع الدروس التى القيتها على التلامذة فى تلك السنه * مما اجمع
عليه رأى جميع المعلمين واستحسنه * وقد اشتمل على امراض الجهاز
التنفسى والدورى والهضمى * واطلقت فى ميدانها جواد
فكرى وفهمى * فجاء بحمد الله تعالى غنيا عن التحسين * جامعا
مانما حاويا كل معنى عين * فقلت مستعينا بالله العلى الكبير *
انه على ما يشاء قدير *

باب في امراض الجهاز التنفسي

(الفصل الاول في امراض الحفر الأنفية)

(المبحث الأول في التهاب الحفر الأنفية)

التهاب الغشا المخاطي للحفر الأنفية اما ان يكون حاداً ويقال له الزكام الحاد واما ان يكون مزمنا بسيطا ويقال له الزكام المزمن اومنتنا ويعبر عنه بالأوزينا والبقية

اولا في الزكام الحاد

الزكام الحاد هو التهاب نزلي حاد يصيب الغشا المخاطي للحفر الأنفية وهو اما ان يكون ذاتيا او عرضيا

(الأسباب) السبب المعتاد للزكام الذاتي هو تأثير البرد الرطب لاسيما اذا كان في الشخص استعداد له فيكفي في الأصابة به بسرعة برودة الأقدام مثلا واكثر الناس استعدادا له ذووالبنية الدياتيزية والتقرصية والمصابون بالربو ويكثر الزكام في الشتا وفي ابتداء فصل الربيع وقد ينتشر حينئذ بصفة وبائية

والمشهور بين العامة ان الزكام مُعْدٍ فيسرى بواسطة منديل المزكوم اومعانقته واقره بعض المؤلفين (فرنكل) وانكره بعضهم بالتجربة (فريديش) واستكشف بعضهم في الغشا المخاطي الأنفي نوع فطر ميكروكوكي ونسب اليه الزكام ولم يثبت الى الآن انه مخصوص به

وقد يظهر الزكام من تهيج موضعي عقب أستنشاق بعض الروائح او الأتربة او الأبخرة المهيجة والزكام الذى يصحب حمى الدريس ينسب الى استنشاق المنى النباتي

والزكام العرضي هو مايشاهد في سير بعض الأمراض كالحصبة والتيفوس والنزلة الوافدة ونحوها وكذلك الزكام النوبي الدفتيري والزهري والبلينوراجي والخنازيري والسقاوي الخ والزكام اليودي هو مايحدث في التسمم باليدوريات

(الأعراض) قد يسبق الزكام اعراض هجوم عامة تنحصر في حركة حمية خفيفة وملل وتكسر في الأطراف وفقد في الشهية وثقل في الرأس وبعد مضى ٢٠: ٤٨ ساعة تظهر الأعراض الموضعية فيحس المريض بجفاف في الأنف ونوع دغدغة او أكلان يوجب العطاس المتكرر وينتفخ الغشا المخاطي فينسد الأنف ويعسر التنفس ويخن الصوت وتضعف حاستا الشم والذوق او تبطلان بالكلية ثم يظهر الأفراز الأنفي على هيئة سائل رائق غزير يوجب استعمال المنديل بكثرة ويكون ذلك السائل ملحيا مهيجا لوجود ملح النوشادر فيه (دوندرس) تنشأ من ملامسته احمرار في الجلد حول الأنف وعلى الشفة العليا وقد يصحب ذلك ظهور طفح هربسي جيد ويتكاثف هذا السائل بعد مضى بعض ايام وتظهر فيه كرات مخاطية قيحية فيصير ثخينا مخضرا سهل الجفاف على هيئة قشور فيبطل العطاس ويأخذ الزكام في الشفا في مسافة اسبوع تقريبا واحيانا يتم الشفا في مسافة يوم او يومين وربما يزول في مسافة الليل بالفراش الدافئ ويعود في الصباح عند تركه وقد يتكرر زواله ورجوعه على نوب مدة اشهر

ثم ان الألتهاب في الزكام لا يقتصر على الغشا المخاطي للأنف بل يمتد غالبا الى الأغشية المجاورة له فتشاهد الأعراض الآتية وهي انه متى امتد الألتهاب الى الجيوب الجبهية يحس المريض بثقل في اصل الأنف بجذاء الحواجب واذا اصيبت الملتحمة تحتقن وتدمع العين ويحس المريض بحرقان في الأجفان ويفزع من الضوء وان امتد الألتهاب الى كهف ايجمور يشتكي المريض بألم في الخد وفي حذاء اسنان الفك العلوي وان امتد الألتهاب الى الغشا المخاطي للبلعوم استشعر المريض بآلام محرقة في الحلق مع تعذر في الازدراد ومتى التهب الغشا المخاطي لبوق استاكيوس يضعف السمع او يفقد ويشعر المريض بألم وطنين في الأذنين واذا امتد الألتهاب الى الحنجرة يعتريه السعال وبحة الصوت واذا اصيبت الشعب تظهر اعراض النزلة الشعبية

(التشخيص) يسهل تشخيص الزكام بالألتفات الى الأعراض السابقة وانما يلزم الأعتنا في تمييز

فى تمييز نوعه ان كان بسيطا اوعرضيا متعلقا بالحميات والدياتيز النفرصيا والزهـرى
او السقاوة اوالدفتيريا اونحو ذلك فأن الأعـراض العامة التى تصحب الزكام حينئذ تكفى
فى تعيين نوعه فيتميز الزكام البسيط من زكام حمى الدريس بالأعـراض التى تصاحب
المرض الأخير وخصوصا الأعـراض الصدرية فتشاهد خلافا للنزلة الأنفية حركة
حمية زائدة مصحوبة بأرق وصعوبة فى التنفس تقرب من حالة الربو وقد تشتد هـذه
الأعـراض جدا بحيث انها لاتكون فى نسبة الأعراض الموضعية الأنفية بل ازيد منها وزكام
حمى الدريس لايظهر الا فى ابتداء الصيف وينسب الى استنشاق منى النبات الذى يكثر
فى الهواء ولذلك لايصيب غالبا الامن يوجد فى الغيطان فلا يشاهد فى المدن وأكثر
اصابته فى بلاد انجلترا وامريكا الشمالية

(المعالجة) يلزم اولا الاعتنا بالمعالجة الواقية فيجب تقوية الأشخاص المستعدين
للزكام وتعودهم على مقاومة البـرد واستنشاق الأبخرة والاتربة المهيجة التى تجلب
الزكام لمثلهم عادة ونعالج اصحاب البنية الزهرية والخنـا زيرية والدياتيزية
بما يوافق

واذا كان الزكام مصحوبا بحركة حمية يعطى للمزكوم ملين ويؤمر بالأستراحة وملازمة
الفراش ومراعاة الحمية ويعطى له فى المساء من مسحوق دوفير من ٤ الى ٨ قمحات
ويعطى له فى الصباح من كبريتات الكينا قدر ٥ قمحات

او تستعمل المعرقات كمنقوع البيلسان اوا لازهار الصدرية اوكلورايدات البيلوكاربين
(١ در، سنتجرام) حقنا تحت الجلد ويعمل له حمام قدمى ويستنشق الأبخرة المليسنة او
بخار الماء الساخن او الماء المحتوى على ملح الطعام اوكلورات البوتاسا اوملح النوشادر
وبعضهم يوصى باستنشاق ابخرة اليودا والكافور اوملح النوشادر او يستعمل سعوطا
محتويا على مسحوق الكافور والبزموت او الزيبق الحلو مع البزموت

وتلطف الأثيرتما الجلدية بطلى الجلد بالفازلين مرارا او بزبدة الكاكاو او بدهن
اللوز الحلو

واما الزكام الذى يعترى الطفل الرضيع فيلزم له اعتناء وانتباه زائد مخصوص لأن الغشا المخاطى للأنف اذا انتفخ ولو بدرجة قليلة فهو كاف لسد الأنف واعاقة التنفس والرضاع فتضطرب التغذية عند الطفل وربما هلك جوعا فيجب المبادرة الى تسليك الأنف وتنظيفه بواسطة الحقن الملينة او بالماء القراح مرارا فى اليوم ويغذى بالملعقة او الفنجان حتى يسلك أنفه ويتمكن من الرضاعة

«ثانيا فى الزكام المزمن والبقية اى الاوزين»

الزكام المزمن يعقب الزكام الحاد عادة متى تكرر حصوله وقد يكون اصليا او تابعا ويشاهد غالبا عند وجود امراض بنيية مثل الزهرى والخنازيرى وعند ذوى البنية الينفاوية والديابيرية فيشتكى المريض من انسداد الأنف الذى يلجئه للتنفس بواسطة الفم فى النوم وفمه مفتوح ويكتسب سحنته هيئة البله ويضعف عنده الشم والذوق او يفقدان ويخن صوته ويحمر انفه وينتفخ قليلا وافراز المخاط اما ان يكون مفقودا فيشتكى بجفاف فى أنفه (زكام جاف) واما ان يكون غزيرا مائعا اوكثيفا او منعقدا على هيئة قشور مصفرة او مخضرة كثيرة الألتصاق بالغشا المخاطى او قليلته وقد يكون الأفراز قيحيا وبالبحث عن الغشا المخاطى بالعين او بالمنظار الأنفى نرى الغشا المخاطى اما ضامرا او محمرا مغشى بالقشور منتفخا ومحتقنا والحفر الأنفية ضيقة او منسدة ويسلك الأنف موقتا بازالة القشور وقد تنتشر من الأنف رائحة منتنة واكثر حصولها فى البقية

وسير الزكام المزمن بطئ جدا ومدته لاحد لها وقد تتحسن حالته موقتا او تعود الى الشكل الحاد وقد يمتد الى الخيا شيم من الخلف ولا تتيسر رؤية محلسه الا بواسطة المنظار الأذنى فيوجب خنة الصوت والتنخيم واذا كان الزكام المزمن متعلقا بالخنازير او الزهرى اعقبته تقرحات وتولدات فطرية وتآكل فى الغشا المخاطى والغضاريف والعظام فيعقبها هبوط الأنف او تثقبه واتصاله بالحلق والفم

واما البقية اى الأوزين فهو نوع من الزكام المزمن يسمى بالبقية بسبب تصاعد رائحة

كريهة

كريهة جدا من انف المريض مصحوبة بافرازات مخاطية قيحية او تقرحات في الغشا المخاطي او آفات في العظام والغضاريف الأنفية وقد لا يصحبها تغير واضح في الأنف بحيث يمكن اعتبارها قنبية تشبه رائحة الابط مثلا وتختلف باختلاف الأشخاص ويولد بها بعض الناس وبعضهم تطرأ عليه في سن النمو وفي هذه الحالة يشاهد في الغالب تشوه في الأنف من نحو اتساع تجويفه وضمور القرينات السفلى ورقة الغشا المخاطي (ذوڤال) فينشأ عنه ضعف قوة هواء الزفير فلا يمكنه تنظيف الأنف ويترتب على ذلك ركود الأفرازات الأنفية وسهولة تكون القشور ونمو نوع من الميكروب (د يبلوكوكى) يكون سببا في ظهور الرائحة المنتنة على رأى (لوينبرج) وهي اما ان تكون خفيفة جدا بحيث لا يستشعر بها الا في الصباح وتزول بعد تنظيف الأنف او تكون قوية جدا ولا سيما عند خروج المواد المخاطية والقشور بحيث تملأ المكان ولو كان قاعة كبيرة كقاعات الأسبتالية ولكون المريض فاقد الحاسة الشم لا يشعر بالرائحة الكريهة مع ان الناس يهربون من مجاورته فتتكدر عيشته ويكره الحياة وزكام البقية يحدث خنة في الصوت مخصوصة متعلقة باتساع الحفر الأنفية وانعكاس الصوت فيها

«المعالجة» يعالج الزكام المزمن بتنظيف الأنف يوميا بواسطة الحقن المناسبة والغسل المتكرر ويتنوع الغشا المخاطي بواسطة الكي السطحي او بواسطة مسحوقات يستنشقها ويستعمل للحقن حقنة ايجيرية تركب لها انبوبة محككة على الأنف ويؤمر المريض بميل رأسه قليلا الى الجهة الأمام بحيث يدخل السائل فجهة من الأنف ويسيل من الجهة الثانية بدون ان ينفذ الى الحلق ويستعمل للغسل الماء القراح او المملح قليلا او الكلوراتي واما الأوزين فيرجح فيه استعمال محلول السليماني ١ واحد على عشرة آلاف او محلول فوق منجنات البوتاسا ١ واحد على ثلثمائة او محلول حمض البوريك او ساليسات الصودا او محلول حمض الفنيك واحد في المائة او خلات الألومنيوم واحد في المائة او مياه الينابيع كشال وموندور

والمساحيق الأكثر استعمالا للاستنشاق هي

تحت نترات البزموت } من كل ١٠ جم
مسحوق الطلق
راسب ابيض ٢٥ سنتي جم

او سكر مسحوق ناعم جدا ١٥ جم
كلورات بوتاسا ٣ جم

او مسحوق ناعم جدا من حمض اليوريك

والزكام المزمن المتعلق بالدياتيز الهربسي يعالج بالمركبات الزرنيخية من الباطن

﴿ المبحث الثاني في زهري الأنف ﴾

﴿ الأعراض والتشخيص ﴾ ظهور الزهري في الأنف أما عن توارث او اكتساب والقرحة الصلبة نادرة واذا حصلت يكون مجلسها عادة في طرف الأنف او جناحيه

اما الزهري الوارثي فيظهر في المولود حديثا على هيئة زكام يعيق التنفس والرضاعة ثم يسيل من الأنف سائل قيحي وقد يكون مدمما يهيج جناحي الأنف والشفة العليا ويحدث بها تقرحات تتغطى بقشور مصفرة او مخضرة وتلك التقرحات لا تغور ولا تبلغ العظام ولا الغضاريف (تروسو) ويلزم المبادرة هنا في تشخيص الزهري لاجل معالجته في مبدئه وبعد معاينة الأوصاف المذكورة يبحث عن الجلد لأستكشاف الطفحات الزهرية اذا وجدت كالوردية الزهرية او الأريتما الرمادية التي تحيط بالعنق والقطن والأيدي بدون الاستشعار فيها بأكلان ويبحث ايضا عن اللذع المخاطية في الشرج والصفن او الشفرين الكبيرين وعن التشققات الزهرية التي تكون في ثنيات الجلد وكثير من الأطفال من تكون سحنته متغيرة ومتكدرة اللون منقطة بنقط بسوريازية

بسور يازية مصغرة فى الحواجب يصاحبها تساقط شعرها
والزهرى الوراثى تصحبه ظواهر متنوعة فى سن الطفولية كالتهاب القرنية الزهرى
وتشوه الأسنان الزهرى ونحوه وزهرى الأنف فى سن الطفولية والشبوبيه وباقى
الأعمار سواء كان وراثيا او اكتسابيا متى أصاب الأنف يتسبب عنه اولا زكام مع سيلان
مخاطى قيحى وظهور اورام وارتشاحات صمغية اوقروح منتنة أوغير منتنة ليست
مؤلمة فى الغالب تصيب الغشا المخاطى فتؤكله ثم تصيب العظام والغضاريف
الأنفية فتحدث بها نيكروزا يوجب تآكلها وسقوطها فينثقب عظم قومر وتتصل
جهتا الأنف وينثقب سقف الحنك ويتصل بالانف وربما هبط الأنف كليا
فيستنتج مما ذكر ان الأصابات الزهرية للانف على نوعين وقتى وخبيث
فالوقتى لاتعقبه تشوهات فى الأنف والخبيث تعقبه تشوهات دائمة ولذلك
يلزم الأهتمام فى تشخيصها وعدم التباسها بالأصابات الخنازيرية واللوبس
(المعالجة) يبادر فى معالجة زهرى الأنف بالأدوية النوعية من الباطن
كالمركبات الزيبقية ويودور البوتاسيوم بمقدار كاف ويضم اليها العلاجات الموضعية
كالمشمع الزيبقى اذا كان الجلد مصابا والدوش الأنفى بمحلول السليمانى ١ جم او
الفينيكى ١ جم او التيمول ومس القروحات بالجلسرين اليودو فورمى اوالحجر الفضى
اوذرها بالزيبق الحلو اواليدوفورم ويضطر الى العمليات الجراحية لأستخراج الأجزاء
المتنكرزة اوترقيع الأنف بعد شفاء آفاتها لتخفيف التشوه التابعى

(المبحث الثالث فى الرعاف)

الرعاف هو نزيف الغشا المخاطى للأنف

(الأعراض) اذا كان الرعاف احتقانيا يسبقه استشعار بحرارة فى الرأس
وصداع او احتقان فى الوجه والملتحمة وحرارة وامتلا فى الأنف تعلن الذى أصيب
بالرعاف من قبل بقرب النزيف وتزول هذه الأعراض بعد سيلان الدم ويكون
ذلك السيلان على هيئة تقطير او سلسول رفيع متقطع ينزل من احدى فتحتى الأنف

ويندر نزوله من الاثنين معا وقد يسيل من احدى فتحات الأنف الخلفية ويصل الى الجهة السليمة من الأنف ويخرج من فتحتها المقدمة فيظن ان الأنف دامية من الجهتين او ان الدم يسيل فى الحلق واذا كان المريض مضطجعا على ظهره يصل الدم الى المعدة او المسالك الهوائية فيتقايأ الدم او ينفثه فيظن انه مصاب بالنزيف المعدى او الرئوى

ويختلف مقدار الدم ولونه فى العادة احمر مائع بسبب ملامسته للهواء حال خروجه من الأوعية وينعقد بسهولة على هيئة جلط صلبة ولا يتيسر مشاهدة منبعه بالعين العارية ولا بالمنظار الأنفى متى كان سائلا على هيئة رشح واما اذا تسبب عن تفرقات الأتصال كالقروح والتمزقات الوعائية فيمكن معاينته والتأثير عليه لانقاف حركة النزيف ومتى وقف النزيف من نفسه ربما يتجدد متى زالت عنه الجلط الدموية السادة للأوعية عقب عطاس او مجهود او تمخيم ويتكرر نزول الرعاف بسهولة عند المستعدين للنزيف (هيموفيلى) وقد يسيل غزيرا فيكون خطرا ومتى زاد مقداره يبهت لون المريض وتضعف قواه ويحس بدوار وطنين فى الأذنين وخفقان واغماء

وسير الرعاف غير منتظم فاما ان يقف من نفسه او يستمر بدرجة خطرة او يتكرر مرة او مرارا فى اليوم او يعود مرة فى الأسبوع او فى الشهر او يعود فى السنة على نوب منتظمة ويقف بسبب انعقاد الدم فى الأوعية المتمزقة ويعود متى سقطت الجلط او بزرف بجوارها

(الأسباب) يكثر حصول الرعاف عند الشبان وقد تكفى لحصوله صدمة خفيفة على الأنف او التمخيم بقوة ويندر عند الشيوخ ويكون عادة متعلقا بفساد جدر الأوعية ويسهل تفسير الرعاف بالنظر لتعدد الأوعية الدموية المتوزعة فى الغشاء المخاطى للأنف وهو كباقى الانزفة اما ان يكون احتقانيا او احتباسيا فالأحتقانى يحصل اما من تواردالدم بقوة عند المصابين مثلا بضخامة القلب التى تعقب عدم كفاية الصمامات

الصمامات الأورطية أومن انقطاع الحيض أو النزيف الباسورى ويسمى حينئذ بالرعاف العوضى واما ان يحصل من ارتداع مرض جلدى والحمرة (سوم) او يحصل من تأثير الشمس او من تغير كبير فجائى فى درجة الحرارة الجوية او الضغط الجوى ويشاهد النزيف الأحتقانى ايضا فى ابتداء الحمى التيفودية والحصبة والروماتيزم المفصلى (تروسو) والسل الرئوى الدخنى (لوى)

والرعاف الأحتباسى يشاهد اما عقب آفات الصمامات البطينية التى تتسبب عنها امتلاء الاوردة وتمددها او عقب الامتلاء الوريدى الناشئ عن إعاقة رجوع الدم من الرأس لوجود اورام فى العنق او فى الصدر فى الحجاب المتوسط وقد يشاهد الرعاف الأحتباسى ايضا فى السيروز الكبدى سيما عقب الافراط فى المشروبات الروحية ويصحبه غالبا يرقان ودوالى فى الأوردة الشعرية للخد

وقد يحصل الرعاف من فساد الدم وهو المشاهد فى انواع الديسكرازيات المختلفة كاليرقان البسيط او اليرقان الخطر والحميات الطفحية النزيفية والحميات المتقطعة واللوسيميا والرعاف الذى يصحب الألتهاب الكلوى المزمن او الحبيبى متى كان القلب ضخما فانه قد يسبقه حصول النزيف المخى او التسمم البولى وفى الفورفورا او الهيموفيليا ويتعلق الرعاف غالبا بتغير فى نسيج الأوعية الشعرية

وقد شوهد الرعاف بشكل وبائى وقد يتعلق بالحمى المنقطعة المتهوجة وقد يكون الاستعداد للرعاف وراثيا وقد يتعلق باسباب موضعية كتقرح الغشاء المخاطى للأنف او اورامه او بوليبوسه والسقوط على الرأس يعقبه الرعاف اذا حصل فى القاعدة كسر وصل الى الجدر العليا للحفر الأنفية

(التشخيص والأنذار) يلزم تعيين سبب الرعاف ان كان موضعيا او بنيا او متعلقا بمرض فى القلب او الكبد او الكلا او عرضيا او معلنا بهجوم الحمى التيفودية او احدى الحميات الطفحية النزيفية للخفرة والانذار يتعلق بالنظر فى مقدار النزيف وقوة المريض وسبب الرعاف فيلزم الاجتهاد فى تعيينها ويعتبر الرعاف فى الحمى

التيفودية والحصبة والجدري مضاعفة خطره

«(المعالجة)» قد يكتفى في معالجة الرعاف باستعمال الماء البارد صبا او تكميدا على الجبهة والوجه او حقنا بالماء الساخن في الحفر الأنفية وقد يقف موقتا عقب ضغط الأنف من اسفل العظم الأنفي حالا على الحاجز الأنفي بواسطة الأصبع ومتى حصل ذلك يعلم ان محل النزيف قريب من الفتحة المقدمة للأنف فيسهل ايقافه بالسد المقدم بواسطة سدادة من النسالة او القطن مبتلة بمحلول قابض كالشب والتنين او فوق كلورور الحديد وقد يكفي في ايقاف النزيف استنشاق المحلول القابض واستعمال مسحوق العفص او التنين نشوقا اصوب لأن المحلول يزيح الجلطه المتكونه مما يساعد على ايقاف الرعاف وضع الأقدام في الماء الساخن او المضاف اليه مسحوق الخردل بحيث يكون المريض جالسا وذراعاه مرتفعان ورأسه مائل قليلا الى الأمام لمنع سيلان الدم نحو الحلق ويعطى للمريض مشروبات مثلجة او حمضية او كؤلية وجرعة من ماء رابيل او فوق كلورور الحديد ويحقن بالأيرجوتين تحت الجلد

ويبحث بالمنظار الأنفي عن وجود المقرحات فان وجدت تكوى بالحجر الفضي او بالترموكتير او الجالوانوكوتير

فاذا لم يقف النزيف عقب استعمال هذه الطرق وخيف على حياة المريض تسد الحفر الأنفية بواسطة مجس بلوك من الأمام والخلف ولكن هنا تحصل الصعوبة اولا اذا رفع الجهاز بسرعة فانه ربما يرجع النزيف بعد وقوفه واذا ترك الجهاز محله مدة ربما التصق بالغشاء المخاطي جدا فيعسر رفعه وربما تمزق الغشاء المخاطي من رفعه بعنف وعلى كل حال فلا يلزم تركه حتى يحصل في الدم تعفن والأصوب استعواضه بكرة من الاستيك توضع في الحفر الأنفية فارغة ثم تنفخ بالهواء فتتمدد وتضغط على جدر الأنف بانتظام ويسهل نزعها عند اللزوم وقد يوجب الحال استعمال الحقن الدموى

والرعاف النوبى الأجامى يوقف باستعمال سلفات الكينا
ويلزم الأحتراس فى معالجة الرعاف العوضى بل وتركه عند البعض سيما المزكان فى سن الشيخوخة

﴿الفصل الثانى فى أمراض الحنجرة﴾

لأجل سهولة دراسة أعراض امراض الحنجرة نبتدئ اولا بذكر وظائفها ثم نذكر طريقة البحث عنها بواسطة المنظار الحنجرى على سبيل الايجاز فنقول

﴿اولا وظائف الحنجرة﴾ وهى تنحصر فى التنفس والتصويت والذى يساعد على إتمامها بانتظام هو العضلات والأعصاب

اما عضلات الحنجرة فهى على ثلاثة انواع

الاول العضلات المبعدة للأحبال الصوتية وهى عضلات التنفس الحلقية الترجهالية الخلفية فاذا انشلت تعذر التنفس لأن الهواء عند جذبه بحركة التشهيق ينضغط على لسان المزمار ويغلقه فيحصل الاختناق الثانى العضلات المقربة للأحبال الصوتية وهى الحلقية الترجهالية الجانبية والترجهالية ووظيفتها تقريب شفتى المزمار اوغلقه اما تقريب شفتى المزمار فينشأ منها التصويت لانها اذا كانت متباعدة لايمكن التصويت واما غلق المزمار فينتج فى فعل المجهود فاذا انشلت هذه العضلات انطفى الصوت فلا يتيسر حينئذ فعل المجهود الثالث عضلات التصويت خاصة وهى الدرقية الترجهالية والحلقية الدرقية ووظيفتها توتر الأحبال الصوتية لحصول التصويت ويتسبب من شللها بحة الصوت أوفقده

واما اعصاب الحنجرة فأهمها العصب الراجع والحنجرى الوحشى فالعصب الراجع ينشأ من الشوكى والرئوى المعدى ويتوزع فى جميع عضلات الحنجرة ماعدا الحلقية الدرقية التى تأخذ فروعها وحدها من الحنجرى الوحشى واما الحساس

الحنجرة فأنه يتعلق بالرئوى المعدى والحنجرى الوحشى
*(ثانيا المنظار الحنجرى) المنظار الحنجرى هو آلة حديثة الايجاد اخترعها (تورك)
و(كزيرماك) فى سنة ١٨٠٧ و١٨٠٨ وهى تتركب من مرآة عاكسة للضوء ومرآة
عاكسة لصورة الحنجرة
وكيفية استعمالها ان يبداء باستحضارا لضوء اللازم سواء كان بالغاز او اللامب
اوضوء الشمس نفسه ويجلس المريض بحيث يكون ينبوع الضوء خلف ظهره
ومرور أشعته على كتفيه ويجلس الطبيب امام المريض بحيث يكون مرتفعا قليلا
عنه ثم يعكس الضوء على الجزء السفلى من وجه المريض بواسطة مرآة مقعرة
قليلا يمسكها الطبيب بيده او يثبتها على جبهته بواسطة رباط مخصوص وتبقى
يداه متفرغة لاجرآات اخرى ثم يؤمر المريض بفتح فمه واخراج لسانه والقبض
على طرفه بنفسه بالابهام والسبابة ملفوفتين بطرف منديل او فوطة لمنع
الانزلاق واذا لم يكف ذلك فحفض قاعدة اللسان يلزم استعمال خافضة اللسان
وبهذه الطريقة يسقط الضوء المنعكس على الحلق وفى اثناء ذلك يستحضر
الطبيب مرآة الحنجرة مدفأة بأمرارها على لهب مصباح او فى الماء الساخن او
مدهونة دهنا خفيفا بالجليسرين لاجل عدم تكدرها بأبخرة التنفس ثم يأمر
المريض بالتنفس بهدو وانتظام وان يقول آه بقوة لأجل استعداد اللهاة
لقبول المرآة الحنجرية التى يقبض الطبيب على ساقها كقلم الكتابة ثم يدخلها
بسرعة ولطف حتى تصل الى اللهاة ويكون الساق منحرفا جهة زاوية الفم
بعيدا عن محور النظر ويجب على الطبيب التعود على استعمال المرآة الحنجرية باليد
اليسرى ويدخلها بحيث تكون متجهة الى الأسفل تابعة فى سيرها سقف الحنك
بعيدة ما أمكن عن اللسان ومتى وصلت الى اللهاة تحرف بحيث يكون اتجاهها
الى الأسفل والأمام وتضغط بلطف على اللهاة لرفعها الى اعلا وخلف
وبهذه الكيفية تنعكس فيها صورة ظهر اللسان ولسان المزمار والحنجرة وتسهل
مشاهدتها

مشاهدتها بتحريك المرآة بخفة حسب الاقتضا وانما يجب الاحتراس فى عدم دفع المرآة الى الخلف لتجنبها ملامسة جدر البلعوم فانها عند بعض الأشخاص حساسة جدا اكثر من اللهاة ومع الممارسة يمكن مشاهدة الحنجرة فى برهة من الزمن واذا لم تكف المعاينة حالا يترجح ترك المريض ليستريح مسافة دقيقة او دقيقتين ثم يستأنف الكشف عليه

(صعوبة البحث بالمرآة الحنجرية) يصعب على المبتدى مشاهدة الصورة فى المرآة وتمييز اوصافها ويسهل جدا بالتعود والممارسة ويصعب على المريض فى الابتداء تحمل ملامسة المرآة الحنجرية للهاة والغلصمة ثم يتعود عليه فى اقرب وقت وقد يكون اللسان محدبا من جهة قاعدته فيعيق مرور المرآة الحنجرية ويمنع مرور الضوء للحلق فيلزم تمرين المريض على تبطيط لسانه امام مرآة الحنجرة او تستعمل له خافضة اللسان وقد تكون اللوزتان ضخمتين والمسافة بينهما ضيقة جدا فيلزم حينئذ استعمال مرآة حنجرية صغيرة وقد تكون اللهاة والغلصمة حساستين جدا فتنبيهان بسرعة من ادنى ملامسة وتوجبان السعال او القيئ او الشعور بالاختناق فيلزم الأبتدا بتخفيف الاحساس بمص قطع صغيرة من الثلج مدة ربع ساعة او ١٠ دقيقة قبل البحث (ماكنزى) او باستعمال محلول الكوكايين ٢٠٪ مسا بالفرشة او رزا بالمرذاذ او باستعمال غرغرة برومور البوتاسيوم قبل البحث بنحو نصف ساعة

ثم اذا كان الشخص مصابا بآفة فى الحنجرة او الرئتين فأنه بمرور المرآة الحنجرية يظهر عليها غالبا سائل مصلى قيحي يتكرر ظهوره ولو تكرر عمل الغرغرة قبل البحث وتكون اللهاة عريضة عند بعض الأشخاص بحيث انها تحيط بالمرآة الحنجرية وتظهر تحت حافتها السفلى بحيث تعيق رؤية الصورة او تكدرها فيتدارك ذلك باستعمال مرآة عريضة

وقد يكون لسان المزمار عريضا جدا ومتجها الى الخلف فيغطى فتحة الحنجرة

بها لا تمنع ظهور صوتها في المرآة فيؤمر المريض بأن يقول اي بقوة وان كان لا يمكنه النطق بها لبروز اللسان خارج الفم الا ان المجهود اللازم لذلك يكفي لرفع لسان المزمار الى الامام وقد يكفي لرؤية الحنجرة هنا انحناء رأس المريض الى الخلف ووضع المرآة بعيدة عن اللهاة بقليل وان تعسر الامر في الحالتين يلزم استعمال مجس ذي زر منحني الطرف يدخل الى الوجه الخلفي للسان المزمار ويجذبه الى الامام واذا كان هذا العمل غير ممكن عند بعض الاشخاص بسبب زيادة احساس الغشاء المخاطي والاستشعار بالاختناق عند ملازمته فيلزم تنقيص هذا الاحساس باستعمال محلول الكوكايين

ثم ان صورة الاجزاء التي تشاهد في المرآة تكون في نسبة مجاورتها الطبيعية وانما يلزم التنبه الى ان الاجزاء الموجودة في الجهة اليمنى من الجسم ترتسم في الجهة اليمنى من المرآة واجزاء الجهة اليسرى منه ترتسم في الجهة اليسرى منها واما باعتبار الوضع المقدم الخلفي فانه يكون منقلبا كان الناظر ينظر من الخلف الى الامام بدلا ان يسامته من الفم اعني ان قاعدة اللسان تشاهد في الجزء العلوي من الصورة المرآتية والغضاريف الهرمية في الجزء السفلي منه واما صورة لسان المزمار فتختلف في بعض الاشخاص لا تشاهد منه الا حافته والبعض يشاهد منه معظم سطحه الخلفي باللون الاحمر الزاهي الذي قد يلتبس باللون الالتهابي بخلاف الغشاء المخاطي للحنجرة فانه احمر باهت ولون الاحبال الصوتية مبيض لامع

(المبحث الاول في التهاب الحنجرة)

التهاب الحنجرة اما ان يكون نزليا بسيطا حادا او مزمنا واما ان يكون متضمنا عرضا بتشنج ونوب اختناق او بتكون اغشية كاذبة او باوزيما المزمار واما ان يكون محيطا بالغضاريف ولنذكر هذه الانواع بالتفصيل ثم نتبعها بذكر التهاب الحنجرة الدرني والزهري

(اولا في الالتهاب الحنجري النزلي الحاد) التهاب الحنجرة النزلي هو التهاب الغشاء المخاطي الحنجري

(الاسباب) التهاب الحنجرة النزلى الذاتى كثير الحصول فى جميع الاعمار والأقاليم ويشاهد فى الغالب بين سن العشرين والاربعين سيما عند الرجال ويكثر حصوله فى زمن تنقل الفصول وينشأ غالبا من تأثير البرد اما على نفس الحنجرة او على جزء من الجسم بعيدا عنها كالأقدام او يعقب تأثير الغازات والاتربة المهيجة للحنجرة كما يشاهد عند المشتغلين فى المعامل الكيماوية والمتكلمين بقوة مدة طويلة كالوعاظ والخطباء او من الافراط فى المشروبات الروحية وشرب الدخان

والتابعى يعقب ذبحات الحلق ويشاهد ثانويا فى الحصبة والحمى الوافدة وداء (برايت)

(الأعراض) تبتدئ الأعراض فجأة وقد تسبقها اعراض هجومكركة حمية مصحوبة بقشعريرة وعطش ثم يحس المريض بدغدغة فى الحنجرة وسعال جاف فى الابتداء ثم ينفث موادا مخاطية لزجة تنفصل من الغشا المخاطى للمزمار بصعوبة ويتألم من التنفس والتصويت وتخشن الصوت ويصير غير منتظم او ابح بدرجات مختلفة او يفقد الصوت بالكلية ولا تحصل اعاقة واضحة فى التنفس عند الكهل بخلاف الطفل فان عسر تنفسه يحصل بسهولة بالنظر لصغر مزماره ويتضاعف بنوب اختناق تشنجى وتخف الأعراض بعد مضى بعض ايام او اسبوع الى اسبوعين ويتكاثف البصاق ويسهل السعال ويبرأ المريض ولكن لا يعود صوته كما كان الا ببطء وبالبحث بالمنظار الحنجرى يشاهد احمرار الغشا المخاطى وانتفاخه سيما فى حذاء لسان المزمار والثنية التربهالية المزمارية والأحبال الصوتية الكاذبة واما الاحبال الصوتية السفلى فتكون محتقنة محمرة فاقدة للمعانها الصدفى الا انها لا تكون منتفخة عادة

واذا كان الالتهاب شديدا يتميز بزيادة الانتفاخ وظهور نقط اكيموزية تحت الغشا المخاطى وتكون سحجات جزئية فى بعض النقط

ولا تصحب النزلة الحنجرية الخفيفة حركة حمية واضحة تمنع الشخص من الاستمرار على اشتغاله واما الالتهاب الشديد فيعرف بزيادة الحمى وشدة الأعراض الحنجرية

(التشخيص) يلزم تمييز فقد الصوت النزلي عن فقد الصوت العصبي الذى يشاهد ايضا عقب تأثير البرد ولكن لا يصحبه تغير فى الغشا المخاطى كما يثبت ذلك بالبحث بالمنظار الحنجرى ويلزم تمييز النزلة البسيطة من النزلة الزهرية بما سنذكره

(الأنذار) النزلة الحنجرية لا تخلو عن بعض الخطر عن الاطفال وهى عديمة الخطر عند الكهول الا بالنسبة لسهولة نكساتها التى ربما كانت سببا فى تعطيل الشخص عن اداء وظيفته وتكسبه كالمغنى والخطيب والمحامى ونحوهم

(المعالجة) يلزم فى اول الأمر راحة الصوت والاقامة فى مكان درجة حرارته متساوية واستعمال المشروبات المعرقة والابخرة والغراغير الملينة واذا كان الالتهاب شديدا لا بأس من استعمال المكمدات الباردة على الحنجرة وتلطيف السعال والألم بالمورفين والأفيون او الكلورال وشراب الخس او بوضع زرقة خردل على العنق فى ابتداء النزلة لاجل احداث التحويل وتلطيف الأعراض

ولاجل معالجة الأستعداد للنزلة الحنجرية يلزم غسل العنق يوميا بالماء البارد والخروج فى الهواء بدون استعمال بشال او نحوه حول العنق وتبديل الهواء فى الجبال كجبل لبنان وجبال السويس

(ثانيا فى التهاب الحنجرة المزمن)

(الأسباب) الالتهاب الحنجرى المزمن يعقب الالتهاب الحاد غالبا اذا استمر تأثير السبب الذى احدثه كالمداومة على الافراط فى الصوت وتعاطى المشروبات وقد يعقب الذبحة الباقية الحبيبية وهو كثير الحصول

فى سن الكهولة

في سن الكهولية ويعترى الرجال اكثر من النساء وقد يجلبه استعمال اليدورات
والمركبات الزيبقية (ستورك)

(الأعراض) أهم أعراض الالتهاب الحنجرى المزمن هو تغيير الصوت ببحة
او يفقد بالكلية ومتى اجهد الشخص نفسه في التكلم يحس بتعب وجفاف في الحنجرة
ودغدغة او الم وسعال ويخرج بصاقا نادرا من مواد مخاطية لزجة سنجابية او مخضرة
وصعوبة في التنفس ربما تصل الى درجة الاختناق

وبالبحث بالمنظار الحنجرى يمكن مشاهدة الدرجات المختلفة للالتهاب من ابتدا الاحتقان
والانتفاخ الخفيف الى الاحمرار الشديد الذى يكون في بعض النقط اكثر وضوحا
منه في النقط الاخرى فيكون اقوى في الوجه الخلفى للسان المزمار والثنيات الترجهالية
المزمارية والاحبال الصوتية الكاذبة منه في الاحبال الصوتية الحقيقية وتشاهد
المواد المخاطية في بعض النقط ملتصقة بالغشا المخاطى بدرجة مختلفة وعند التكلم
لا تتقارب الاحبال الصوتية بدرجة كافية بسبب انتفاخ الغشا المخاطى بين الغضاريف الترجهالية
وضعف العضلات (سمسون) وقد تحصل تقرحات صغيرة مجلسها في حذاء الترجهاليين غالبا
ومتى وصل الالتهاب الى الغدد العنقودية للغشا المخاطى سمي حينئذ بالالتهاب
الحبيبي وهو يعقب الذبحة الحبيبية للبلعوم عادة ويوصف باحتقان الغدد وتمددها
ويصحبها تشجر شعرى واضح في مرآة المنظار الحنجرى مجلسه الجهة الخلفية من الحنجرة
بين الغضاريف الترجهالية وعلى قاعدة لسان المزمار وفوق الاحبال الصوتية
وقد شاهد المعلم (ستورك) هنا حصول تمزق في الاوعية الشعرية وخروج بصاق
مدمم ربما يوجب الالتباس بالالتهاب الدرنى

وقد يحدث الالتهاب المزمن سماكة وتيبسا في بعض مواضع من الغشا المخاطى
لاسيما في لسان المزمار والثنيات الترجهالية المزمارية والاحبال الصوتية (سمسون).
وقد تصل السماكة الى حالة تعيق مرور الهواء بدرجة كافية للتنفس وتوجب اجراء
عملية القطع الحنجرى

(المعالجة) الالتهاب الحنجرى المزمن البسيط قابل للشفا فى اغلب الأحوال بشرط استراحة الصوت فلا يتكلم المصاب الا بوشوشة اذا لزم الحال والأحسن ان يتكلم بالأشارة او الكتابة ويمتنع من شرب الدخان والمشروبات الروحية ويجتنب البهارات ويقيم فى مكان تكون درجة حرارته مستوية خالية من الأتربة والأبخرة المهيجة والرطوبة

ولاجل تلطيف تهيج الحنجرة يستنشق المريض ابخرة قلوية اويودورية او كبريتية بواسطة جهاز التبخير المخصوص لذلك او يستعمل محلول برومورا البوتاسيوم اوكربونات الصودا مع قليل من المورفين رذا بواسطة الجهاز الرذاذ وتستعمل القوابض ايضا كمحلول الشب او التنين رذا ولاجل التأثير باقوى درجة يمكن استعمال محلول القوابض مسا بواسطة الفرشة او الأسفنجة المنجرية او تستعمل المسحوقات القابضة التنينية او الشبية نفخا فى الحنجرة بواسطة انبوبة (وماكنزى) يرجح استعمال محلول كلورورالزنك مسا و (سيمسون) يوصى باستعمال نترات الفضة مسا فى الأسبوع او الأسبوعين مرة ولاجل تلطيفا لتهيج الذى يعقب هذه الطرق العلاجية تستعمل المكمدات الباردة و (كريتهابر) يفضل استعمال الكهربائى للحبوب التى تظهر فى الألتهاب المزمن الحبيبى وفى بعض الأحيان يجب استعمال المحولات الجلدية على العنق كصبغة اليود والحراريق الطياره او المراهم المنفطة ونحوها او تعطى له المركبات الزرنيخية او يودور البوتاسيوم من الباطن لأجل تنوع البنية ومساعدة الأدوية الموضعية

وان امكن يرسل المريض الى الحمامات المعدنية الكبريتية او الملحية او القلوية كحمامات ايكس وكارلسبار وماريناد وايمس ونحوها اويرسل الى شواطئ البحار

ويلزم الأهتمام فى المعالجة الواقية متى برئ المريض او تحسنت حالته

لأجل منع سهولة النكسات بعلاج يشتمل على المقويات اذا كانت البنيه ضعيفة ويؤمر المريض بالرياضة والفسحة فى الخلوات وعلى شواطئ البحار وبالتعود على الاستحمام بالماء البارد وغسل العنق يوميا مع الاحتراس والتحفظ من البرد بدون احتياج الى تدثر العنق بمثل شال وتجنب الأتربة والأبخرة المهيجة والرطبة ولا يتعب صوته باطالة الكلام او الصراخ او الغنا بل يتكلم قليلا بصوت منخفض ما أمكن

«ثالثا في الالتهاب الحنجرى التشنجى أى الكروپ الكاذب»

«الأسباب» الالتهاب الحنجرى التشنجى مرض يصيب الأطفال من تأثير البرد والرطوبة ولكون الفتحة بين الغضاريف الترجهالية عندهم ليست تامة التكوين وفتحة المزمار بين الأحبال الصوتية ضيقة وقصيرة فمتى حصل عندهم اقل التهاب فى الحنجرة تضيق فتحة المزمار بسهولة فيحصل عسر فى التنفس يصحبه تشنج فى عضلات المزمار فيحصل اختناق يأتى على نوب واكثر حصوله عند الأطفال بين سنتين وست سنوات وكثيرا ما يصحب هجوم الحصبة او يسبق الالتهاب الرئوى الشعبى

«الأعراض» قد شرحها (تروسو) فقال طفل عمره بين سنتين وخمس سنين يقوم من النوم مفزوعا فى نصف الليل معه ضيق فى النفس وسعال أبح متواتر قوى وتنفسه منقطع لهث فيه شهيق صفيرى حاد ويكون صوته منطفيا مدة النوبة المذكورة وأيضا بعدها ولكن انطفاء الصوت هنا لا يصل الى درجة انطفائه فى الكروپ الغشائى ويستمر ضيق النفس بهذه المثابة مع احتقان الوجه وحالة كرب وفزع ترى على سحنة الطفل وتمكث النوبة مدة نصف ساعة او ساعة او ساعتين او ثلاث ساعات ثم تزول ويهدأ الطفل ويعود الى مضجعه وينام ويتندى جسمه وتقل سرعة نبضه ثم يستيقظ فى الصباح ومعه سعال رطب وفى تنفسه بعض

صعوبة ولكن تزول هذه الصعوبة في مدة النهار ويعود صوته قريبا من الطبيعي وفي نصف الليل تعود اليه النوبة ويتكرر ذلك عدة أيام متوالية بدون حصول حركة حمى واضحة واذا سئل أهل الطفل عن حالته يقولون ان صحته كانت معتدلة أوكان حصل له برد خفيف فقط وبالبحث عن حلق الطفل لا نشاهد فيه أغشية كاذبة ولا انتفاخ ولا احتقان في العقد تحت الفك وينتهي المرض بالشفاء عادة ولا ينتهي بالموت الا في احوال استثنائية وهذا المرض ربما يصيب الطفل مرارا كلما تعرض لتأثير البرد والرطوبة ولذا يلزم الاعتنا في ملبوسه

«التشخيص والانذار» تشخيص الالتهاب التشنجي للحنجرة بسيط وسنعود اليه عند الكلام على الكروب الغشائي وانذاره عادة خفيف ولكنه لا يخلو من الخطر عند الأطفال كلما صغر سنهم وقد ينتهي بهلاك الطفل في نوبة قوية

«المعالجة» يمكن تلطيف النوبة بوضع محول على عنق الطفل كاسفنجة اومنديل مبلول بماء ساخن جدا «جراف» يصير تبديله كلما برد حتى يحمر جلد العنق وتلزم تدفئة اطرافه السفلى واذا وقع الطفل في الاسفكسيا يعمل له التنفس الصناعي اوتجرى له عملية القطع الحنجري لانقاذه وفي فترات النوب يعطى للطفل مقيء من عرق الذهب او مشتق من الجلبة والزيبق الحلو وتعطى له مشروبات ملينة يضاف اليها برومور البوتاسيوم اوشراب الكلورال الايدراتي

«رابعا في الالتهاب الحنجري الغشائي» اى الكروب

«الأسباب» هذا الالتهاب يعرف بتكون اغشية كاذبة في الحنجرة وهو على نوعين اما ان يكون بسيطا موضعيا غير معد ويسمى بالكروب البسيط وهو نادر جدا واما ان يكون نوعيا متعلقا بالدفتيريا ويكون معديا

معديا وبائيا ويسمى بالكروپ الدفتيرى وهو كثير الحصول والكروپ الدفتيرى اما ان يكون اصليا وهو نادر او تابعيا لدفتيريا الحلق او الأنف وهو المعتاد وقد يضاعف بعض الأمراض العامة كالحصبة والحمى التيفودية والسعال الديكى ويتولد الكروپ الدفتيرى اما بالعدوى او بحالة وبائية ويمكن ظهوره فى كل الأعمار وفى سن الطفولية بين سنتين وسبعة أكثر وخطرة فيه اكبر

(الأعراض) يبتدىء المرض بحركة حمية وفقد شهية وكثرة طلب شرب الماء وعطاس وتغير صوت وسعال بدون تألم وبعد مضى بعض ساعات او بعض أيام تظهر أعراض الكروپ اما بالتدريج او بغتة بالليل وسواء كان ابتدأ بالحنجرة او وصل اليها من الحلق فانه متى تكونت الاغشية الكاذبة عند الطفل يضطرب التصويت والتنفس عنده واما السعال فيكون فى الأول نادرا وسهلا فيه بحة قليلة ثم يزداد وتزداد بحته ايضا ويتكرر على نوب ثم تفقد رنانيته بالكلية فيصير عديم الصوت أصم وكلما تقدم الزمن تقل نوب السعال تدريجا فلا تأتيه الا فى كل ربع ساعة او نصف ساعة مرة ثم فى مسافات اطول من ذلك (تروسو) والصوت فيه بحة كالسعال وينطفى بالتدريج ثم يزول بالكلية بحيث اذا تكلم الطفل ترى حركات شفتيه ولا تسمع لصوته ادنى نغمة حتى ولا همس ويعسر التنفس بالتدريج ايضا كلما تكونت الأغشية الكاذبة واوجبت ضيق الحنجرة لاسيما فى حذاء الثنيات الترجهالية الزمارية وفى حذاء فتحة الزمار نفسها فيصير الشهيق صعبا صفيريا تسمع مجهوداته على بعد ويبهت الوجه وتتسع فتحات الأنف بقوة لدخول الهواء وتميل الرأس الى الخلف ويتقوس الظهر لأجل استقامة الحنجرة وسهولة مرور الهوا فيها على غير فائدة وكلما تعسر التنفس تتضح علامات الجذب وهى تقعير القسم الشراسيفى وانخساف البطن فى حذاء الأضلاع الكاذبة وتقعير

الحفرة فوق القص وفوق الترقوتين عقب حصول الفراغ في الصدر بسبب خروج هواء الزفير وعدم تعويضه مدة الشهيق فيجذب الحجاب الحاجز وتهرع الأحشاء لأجل امتلاء الفراغ ومع تقدم المرض تظهر نوب اختناق ناشئة عن تكاثف الأغشية الكاذبة وتشنج في عضلات المزمار فيفزع الطفل ويطرح نفسه على أيدى أمه او دادته ومتى انصرفت النوبة يطلب عوده الى فراشه وتتكرر نوب الأختناق في الابتدا كل ساعتين او ثلاث ساعات مرة ثم تتقارب النوب وتعود كل ساعة او اقل وقد تحصل فترات استراحة عقب خروج الأغشية الكاذبة خصوصا في الصباح فيخف السعال نوعا ويظهر الصوت قليلا وربما يطلب الطفل الطعام وينام برهة مستريحا وبعد قليل تعود النوب وتقوى كلما تكررت ويستمر خطرها مدة أيام ثم اذا كان الانتهاء حميدا تتباعد النوب ثانيا ويخف الأختناق فيها ويسهل التنفس ويترطب السعال وأما اذا كان خبيثا فان الاسفكسيا تتقدم بالتدريج فتزرق الشفتان ويبهت الوجه او ينتفخ ويحتقن وتصير الأعين لامعة متحيرة في حالة ضجر وتطبق نصف انطباق في هيئة نعاس ويصير التنفس سطحيا ويسرع النبض ثم يصير متقطعا وتبرد الأطراف ويسبق الموت غالبا نوب تقلص عام

وبالتسمع اذا لم توجد مضاعفات صدرية لا يسمع الا نفخ الشهيق او تقلب نظام الحركات التنفسية فيستطيل الزفير جدا بسبب صعوبة خروج الهواء من فتحة المزمار الضيقة

والبصاق له اوصاف خاصة فيصحبه في نحو اليوم الرابع خروج اغشية كاذبة تكون عريضة متى صدرت من الحنجرة واسطوانية متى صدرت من القصبة او الشعب والحمى تكون عادة متوسطة لا تزيد الحرارة فيها عن ٣٨ - ٣٩ درجة ما لم تحصل مضاعفات صدرية وقد يصحبها ظهور الزلال في البول

بسبب

بسبب تأثير ميكروب الدفتيريا على الكلا اوبسبب الاحتقان او الالتهاب الكلوى وكثيرا مايحصل طفح فى الجلد يشبه طفح الحصبة او القرمزية (بوشارسيه)

واما عند الكهل فتتنوع اعراض الكروب بالنسبة لاتساع الحنجرة وصلابتها اما السعال والصوت فاوصافهما كما ذكرناها فى كروب الطفل واما عسر التنفس والاسفكسيا فان سيرهما بطئ وتدريجى ولا يصحبهما شهيق صفيرى ولا نوب اختناق ولا يشاهد معهما البول الزلالى الا فى احوال استثنائية

(السير والمدة) يمكن تقسيم الكروب بالنظر الى سيره الى دورين دور عسر التنفس ودور الاسفكسيا وتختلف مدته من ٣ : ١٥ يوما وفى بعض الاحوال الثقيلة يهلك الطفل فى اليوم الثانى وقد يصير الكروب مزمنا فيستمر تكون الاغشية الكاذبة مدة اشهر او سنين وعلى كل فالكروب البسيط اقل خطرا من الدفتيرى

(التشخيص) قد يشتبه الالتهاب النزلى الشديد والاوزيماوى والتشنجى بالكروب ولكن انطفاء الصوت والسعال فى الالتهاب النزلى لايصل الى درجته فى الكروب واوزيما المزمار تكون فى الغالب تابعة لمرض سابق وعسر التنفس فيها يسبقه تغير الصوت والزفير فيها اسهل واقصر منه فى الكروب وقد يسمع فيه صوت البيرق ويمكن مشاهدة الاوزيما بالمنظار او بالعين واما الفرق بين الكروب الكاذب والحقيقى فقد يكون قليل الوضوح ولكن هجوم الكروب الكاذب فجائى تبتدئ نوب الاختناق فيه ليلا وتعقبها خفة واستراحة فى النهار وهجوم الكروب الغشائى تدريجى ويتقدم عسر التنفس فيه ببطئ ويضعف السعال والصوت ثم ينطفيان بالكلية واما فى الكروب الكاذب فلا يصلان الى درجة الانطفا بل يكتسب الصوت تشبها بصوت الديك

اوالجرو وبالبحث فى سوابق المريض يمكن استكشاف سبق حصول ذبحة حلقية دفتيرية واحتقان فى الغدد تحت الفك وبالبحث عن البصاق يمكن استكشاف بعض اغشية كاذبة فيه تدل على التشخيص

(المضاعفات) يتضاعف الكروب بامتداده الى القصبة والشعب وقد يبتدى الألتهاب الغشائى بالشعب ثم يصل الى الحنجرة وقد يحصل ألتهاب شعبى رئوى اورئوى حاد فيشتد الخطر وقد يمتد الألتهاب الغشائى الى الانف(تُرُسُّو) يعتبر الزكام الدفتيرى علامة على الشكل الخبيث وقد يتضاعف الكروب بالحميات الطفحية ويعقب الدفتيريا شلل فى العضلات وسبق ذكره مفصلا عند الكلام على الدفتيريا فى العموميات

(التشريح المرضى) أهم الآفات هو تكون الأغشية الكاذبة التى تبطن تجويف الحنجرة لاسيما الثنيات الترجهالية المزمارية والأحبال الصوتية على هيئة طبقة مستوية او بقع اوصفائح منعزلة مصفرة او محمرة بسبب ارتشاحها بالدم ويختلف سمكها فأن كانت بسيطة تكون رقيقة جدا ومتى تعددت طبقاتها ربما بلغ سمكها ٢–٣ ملليمتر وينمو سمكها بتكون طبقات جديدة على سطح الغشا المخاطى تدفع الطبقات القديمة أمامها وتتكون الطبقات الجديدة فى الطبقة السطحية من الأدمة تحت البشرة او معها والأغشية الحديثة اكثر متانة من القديمة ومتى قدمت تصير هشة وتتمزق بسهولة وتنفصل وتخرج مع البصاق وبالبحث بالمكروسكوب يُرى أنها متكونة من ليفين وكرات قيحية وخلايا بشرية مخاطية مرتشحة بمادة هلامية محتوية على الباسيل الدفتيرى واما الغشا المخاطى فيكون ملتهبا وبالبحث عنه فى حذاء الأغشية الكاذبة يرى أنه فى النادر متقرح

(المعالجة) معالجة الدفتيريا على وجه العموم ذكرت فى محلها ونكتفى هنا بذكر

بذكر ما يختص منها بالكروب وهو منحصر في منع تكون الاغشية الكاذبة وتسهيل خروج ما تكون منها ومداركة الاسفكسيا بالقطع الحنجرى

ويمكن منع تكون الاغشية الكاذبة باستعمال الادوية المنوعة للالتهاب كالكبابة الصيني وبلسم الكوبابى (تارويو) والادوية المضادة لميكروبات الدفتيريا كمحلول حمض الفنيك او البوريك واما تخليص الحنجرة من الاغشية فيحصل اما بدفعها الى الخارج بالمقيئات او تذويبها باستعمال القلويات

وبالجملة متى حضر الطبيب لمعالجة الطفل المصاب بالكروب يلزمه الامتناع كليةً عن استعمال المضادات الالتهاب المضعفة كاخذ الدم وعن استعمال المحرقات التي تحدث الدفتيريا الجلدية على الظهور واذا كان الكروب في مبدئه يعطي للطفل ملعقة صغيرة من التركيب الآتي في كل خمس دقائق (شراب عرق الذهب ٦٠ جرام و مسحوق عرق الذهب ١ جرام) ومتى حصل القيء لا يلزم تكرار تعاطي المقيء تحفظا على قوى المريض ويستعمل محلول حمض الفنيك ١/٣٠ او حمض البوريك ١/٣٠ للتبخير حول فراش الطفل ويعطى له في اليوم من ٤ : ٨ جم من الكبابة الصيني هكذا (شراب بسيط ٢٠ جم كبابة صيني ٦ جم) واما الكبير فيمكنه تعاطي خرز خلاصة الكبابة الصيني او بلسم الكوبابى

ولاجل تغذية الطفل نعطي له الالبان والامراق والماء النبيذى او الكونياك

واذا لم تحصل فائدة من هذه المعالجة وتقدمت الاسفكسيا وظهرت علامات الجذب يضطر الى اجراء عملية القطع الحنجرى ويمكن اجراؤها ما دام في الطفل نفس (ارشامبو) لانه ربما ينجو الطفل بسبب هذه العملية بعد ان كان في درجة الموت ويقل نجاح العملية كلما كان سن الطفل اصغر فهي قليلة النجاح تحت سن السنتين لضيق المسالك الهوائية عنده ورخاوة الجدر الصدرية

وصعوبة تغذيته واما فوق السنتين فيمكن اعتبار نجاح العملية فى قدر الربع تقريبا (روجير) والسبب فى عدم النجاح فى الغالب هو امتداد الالتهاب بالغشائى الى القصبة والشعب او حصول التسمم الدفتيرى وبعد العملية تراعى تغذية الطفل واذا تعاصى عن تعاطى الاغذية بالفم تصب له الامراق والالبان ونحوها من الانف بواسطة قمع اولى مرن مع الاحتراس او تمل له الحقن المغذية بواسطة المستقيم الاان النتيجة هنا تكون وقتية وجزئية وقد يتعذر الاجر واما استعمال الانبوبة المعدنية بعد العملية فاختلفت فيه آراء المؤلفين وعلى كل حال فيلزم الاعتنا فى تنظيفها مع المواد القيحية والاغشية الكاذبة التى تصل اليها

(خامسا فى الالتهاب للحنجرى الاوزيماوى * اى اوزيما المزمار)

الالتهاب للحنجرى الاوزيماوى هو التهاب غلغمونى يصيب الغشا المخاطى والنسيج الخلوى تحته يصحبه ارتشاح قيحى او مصلى قيحى تحت الغشا المخاطى للحنجرة (لوى وكروبليه) ويندر حصول الارتشاح المصلى الصرف ويكون تابعا المرض (برايت) وسواء كان الارتشاح مصليا او قيحيا فيختلف مجلسه ويكون غالبا فى اعلا الزمار فى الثنيات الترجهالية المزمارية واللسانية المزمارية وفى قاعدة لسان المزمار وبطين مرجانى بين الغضروفين الترجهاليين والوجه المقدم من البلعوم وفى هذه الحالة يستحس عند ادخال الاصبع فى الحلق بحوية او زعانفة وقد يكون مجلس الاوزيما فى الاحبال الصوتية وبقية مرعادة على الجزء الخلفى من الحنجرة الاوزيما تحت المزمار فى ابتداء القصبة ويمكن تميزها بالمنظار الحنجرى

فمما ذكر يرى ان لفظة اوزيما المزمار ليست مطابقة لحالة المرضية لان الاوزيما هنا تكون فى الحالة التهابية ومجلسها فى الاجزاء الرخوة فوق المزمار

واما الاوزيما الصرف التى تصيب المزمار فهى حالة استثنائية

(التشريح المرضى) تنحصر الآفات المرضية فى الارتشاح المصلى او القيحى فى النسيج الخلوى تحت الغشا المخاطى منتشرا فى الجهتين معا او قاصرا على جهة من الحنجرة وبشق الغشا المخاطى اما ان يسيل السائل المرتشح وهبط الغشا المخاطى او يعسر سيلانه بالتشريط لكونه محتبسا فى الشبكة الخلوية وقد يتجمع القيح فى بورات صغيرة تسرى وتنفخ فى الحنجرة او فى البلعوم او فى جلد العنق

و الغشا المخاطى فى حذاء الاوزيما اما ان يكون باهتا او محتقنا محمرا او تشاهد فيه تقرحات مختلفة سطحية او غائرة غير منتظمة الحوافى والغضاريف اما ان تكون سليمة او مصابة بالتهاب نيكروزى

(الاسباب) الالتهاب الحنجرى الاوزيماوى اما ان يكون ذاتيا او تابعيا

فالذاتى كثير الحصول عند الكهول ونادر فى سن الطفولية وهو ناشئ عادة من تأثير البرد او يعقب حرق الجلد او جروح الحنجرة او دخول أجسام غريبة فيها او شرب السوائل ساخنة جدا او سموم كاويه كالحوامض ونحو ذلك والتابعى يظهر فى سير مرض آخر كالامراض القرمزية او داء بريت وحمرة البلعوم واورام الحنجرة والبلعوم والجدرى والدرن والزهرى والحمى التيفوديه وجميع الامراض العفنة

(الاعراض والسير والانتها) الاعراض اما ان تظهر فجاءة او ببطء تدريجا على حسب السبب الباعث لها فاذا كان السبب هو تأثير البرد او الحرق او القرمزية او داء بريت فان الاعراض قد تظهر فجأة وتسير بسرعة شديدة بحيث ان الاسفكسيا تحصل فى مسافة بعض ساعات اما اذا كان السبب آفة مزمنة فى الحنجرة كالدرن والزهرى فان ظهور الأعراض وسيرها يكون بطيئا

وأهم الأعراض هنا هو اضطراب التنفس فيحس المريض بجسم غريب فى الحلق

يخنقه ويفعل مجهودات تنفسية قوية لاجل التخلص منه ويصير الشهيق صفيريا متعذرا واما الزفير فيكون اسهل نوعا وقد يصحبه صوت شبيه بصوت البيرق وقد فسر ذلك (سيستيه) بان الثنيات الترجهالية المزمارية تنغلق من ضغط هواء الشهيق عليها وتتباعد وقت الزفير على هيئة صمام ومتى اشتد عسر التنفس تتضاعف بحصول نوب اختناق تشنجي خطرة توجب احتقان الوجه وبروز العينين وحصول عرق غزير ويفتح المريض فمه ويوسع فتحات انفه لاجل جذب الهواء ويمسك بيديه اجساما صلبة يتمكن غليها لاجل فعل مجهود تنفسي قوى تشترك فيه عضلات التنفس الثانوية بدون جدوى وتستمر النوبة من نحو عشر دقائق الى خمسة عشر

واذا كان الانتهاء رديئا تتقارب النوب وتشتد حتى تصل الى درجة الهلاك ويتغير صوت المريض بحة اوينطفى بدرجة لا تساوى درجة انطفائه فى الكروب وكذلك السعال يصير ابح ثم أصم ويعسر الازدراد ويصير مؤلما بسبب اوزيما لسان المزمار

ويمكن مشاهدة اوزيما الحنجرة بواسطة المنظار الحنجري ولكن استعماله هنا صعب وفيه مخاطرة فيكتفى فيه بالبحث بالأصبع او بخفض اللسان بقوة لاجل مشاهدة الاوزيما بالعين ان كان مجلسها لسان المزمار او الثنيات الترجهالية المزمارية

(التشخيص) ربما يشتبه الالتهاب الحنجرى الاوزيماوى ببوليبوس الحنجرة والكروب والالتهاب الحنجرى التشنجي وخراجات البلعوم لتشابه اضطراب التنفس والتصويت فيها ويمكن تمييزها بالعلامات الخاصة بكل منها

فبوليبوس الحنجرة يمكن استكشافه بالمنظار الحنجري ويتميز الكروب بوجود الذبحة الحلقية الدفتيرية والاغشية الكاذبة فى الحنجرة وخروج بعضها مع البصاق وانتفاخ الغدد تحت الفك وبأوصاف التنفس والصوت والسعال التى سبق شرحها

شرحها ويتميز الكروب الكاذب بظهور اعراض الاختناق فيه بالليل فجأة وتتلطف الاعراض صباحا ويتميز الخراج البلعومى بمعاينته بالعين خلف الحنجرة بعد خفض اللسان بقوة او بواسطة الأصبع

«(المعـالجة)» اذا كانت الاوذيما متعلقة بالتهاب حجرى شديد يلزم الابتدا بارسال العلق فى القسم فوق العظم اللامى واذا كانت الاوذيما مصلية متعلقة بداء (بريت) مثلا فلاجل تصريفها او تخفيفها عكن اعطا مسهل شديد مثل منقوع السنامكى ١٨٠ جم ويضاف اليه ٣٠ جم من سلفات الصودا يؤخذ ملعقة كل ساعتين او يعطى له منقوع الحنظل ٢ جم فى ١٨٠ جم من الماء ويضاف اليه ٣٠ جم من شراب السنامكى ثم يؤخذ منه ملعقة كل ساعتين وماكنزى يوصى بعد ذلك باعطا مقدار كبير من برومور البوتاسيوم ومص قطع صغيرة من الجليد وترسو يوصى باستعمال محلول الشب او التنين رزا او ينفخ فى الحلق مسحوقا او يستعمل محلول حمض الفنيك رزا والبعض يوصى بتشريط الحوية الاوذيماوية تشريطا متعددا فيسيل منها بعض السائل فتهبط فان لم يسترح المريض بعدها وكانت الاسفكسيا متقدمة يلزم الاسراع فى اجراء عملية القطع الحنجرى خوفا من حصول نوبة اختناق قوية مهلكة

واما الاوذيما المتعلقة بالتهاب زهرى فتحتاج الى المعالجة النوعية حسبما سنذكره قريبا

«(سادسا فى الالتهاب الحنجرى حول الغضاريف)»

هذا الالتهاب بسبب غضاريف الحنجرة ويوقعها فى التيكروز ويتعظم الغضروف فى الغالب او يتكلس قبل تنكرزه

«(الاسباب والتشريح المرضى)» من النادر حصول هذا الالتهاب ذاتيا عقب تأثير البرد او بسبب جرحى وهو كثير الحصول فى سن الكهولية وعند الرجل اكثر من المرأة وهذا المرض يكون فى العادة تابعيا لامراض اخرى

كتقرح الغشا المخاطى الزهرى او الدرنى وفى سير الحمى التيفودية عقب ضغط الغضروف الحلقى على العامود الفقرى (ديتريش) ومهما كان السبب فمتى حصل الالتهاب فانه يصيب الغضروف الحلقى والترجهاليين غالبا ولا يصيب الغضروف الدرقى الا نادرا ويعقبه احتقان وانتفاخ فى السمحاق ثم يتعظم الغضروف فى النقطة المصابة ثم يتنكرز ويتكون خراج ينفتح فى الحنجرة او البلعوم او فيهما معا او على سطح الجلد ويخرج الغضروف المتنكرز مع القيح وقد شوهد سقوط جزء عظيم من الغضروف الحلقى وحده او مصحوبا باحد الغضروفين الترجهاليين او بهما معا وقد يعقب خروج الغضاريف المتنكرزة التئام الخراج والشفاء التام او تهبط الحنجرة على نفسها او يحصل الاختناق

(الاعراض والانتها) تختلف الأعراض باختلاف مجلس الالتهاب ويعسر فى الابتداء معرفة حقيقية المرض فيشتكى المريض بألم فى الحنجرة مع بحة او انطفاء فى الصوت وقد يشتكى بعسر فى الازدراد وسعال مؤلم وعسر فى التنفس ربما يصل الى درجة الاختناق ومتى انفتح الخراج تخف الاعراض نوعا وتارة تحتقن العقد تحت الفك وتارة يسيل القيح فى الشعب فيتسبب عنه حصول التهاب رئوى عفن ربما ينتهى بالغنغرينة ويهلك المريض بسرعة

والتهاب سمحاق الغضروف الدرقى يبتدى من الظاهر او الباطن ففى الحالة الاولى يشتكى المريض بألم فى النقطة المصابة وتنتفخ ويصير الجلد اوزيماويا ثم يظهر التموج والخراج وفى الحالة الثانية يستقر الغشا المخاطى من حذاء الالتهاب ويبرز على هيئة ورم وقد يصاب سمحاق السطح الظاهر والباطن من الغضروف الدرقى فى آن واحد ومتى تكون الخراج وانفتح يعقبه ناسور تام فى الغضروف

والتهاب الغضروف الحلقى يكون عادة فى جزئه الخلفى فيشتكى المريض بعسر

الازدراد وتنشل العضلات الترجهالية ويعقبه ثبات الاحبال الصوتية متقاربة وصعوبة فى التنفس وفى هذه الحالة يمكن بقاء الصوت محفوظا وقد يكون سير المرض هنا سريعا وربما ينتهى بالوفاة فى مسافة اسبوع عقب انفجار الخراج فى الحنجرة «سيمسون»

والتهاب الغضاريف الترجهالية يتسبب عنه انتفاخ يمكن معاينته بالمرآة الحنجرية ويحصل اضطراب فى حركة الاحبال الصوتية تعقبه بحة الصوت اوانطفاؤه مالم يحل محل الغضروف منسوج ليفى يثبت الاحبال الصوتية فيتيسر اهتزازها وبقاء الصوت

«التشخيص والانذار» يسهل التشخيص باعتبار تاريخ المرض وسوابقه وسير الآفات الموضعية التى يمكن تتبعها بالمشاهدات اليومية بالمرآة الحنجرية والانذار فى الغالب ردئ سيما اذا كان ابتداء الالتهاب بالسمحاق العظمى بدون سبق تقرحات

«المعالجة» يعالج الالتهاب بمضادات القوية فيرسل العلق على العنق وتوضع عليه مثانة مملوءة بالجليد ومتى تكون الخراج فى باطن الحنجرة اوظاهرها يسرع فى فتحه ويمس بنترات الفضة لاجل سرعة التئامه «ستورك» واذا وصل عسر التنفس الى درجة الاسفكسيا تلزم المبادرة باجراء القطع الحنجرى

«سابعا فى الالتهاب الحنجرى الدرنى والسل الحنجرى»

المراد بالالتهاب الدرنى الالتهاب الذى يعقبه ظهور الحبوب النسيجابية او الارتشاحات الدرنية فى الغشا المخاطى للحنجرة ومتى تقرح الغشا المخاطى واصيبت الغضاريف وانتهكت الاربطة يقال لهذا المرض السل الحنجرى وكان القدماء يطلقون اسم السل الحنجرى على جميع الآفات التى تنهك الحنجرة سواء كانت بسبب الزهرى او السقاوة اوالحمى التيفودية مثلا (تروسو وبلوك) ولكن

الآن عدلوا عن ذلك

(التشريح المرضي) يبتدئ تدرن الحنجرة اما على هيئة حبوب سنجابية دقيقة لا تكاد تشاهد بمجرد النظر تظهر على سطح الغشا المخاطي او في سمكه او على هيئة ارتشاح درني وهو الغالب فيم سمك الغشا المخاطي ويكسبه هيئة اوزيماوية صلبة اي متوترة او هيئة ضخامة حلمية شبيهة بالالتهاب الحنجري المزمن ولما ان يستولي الارتشاح الدرني على الغدد ويصيرها ضخمة بارزة او يحصل الارتشاح الدرني حول الاوعية فيحيط بها على هيئة غمد ويشق الاجزاء المرتشحة يرى انها اما ان تكون في حالة اسكلوروزية متينة او في حالة سماكة جبنية او دهنية شبيهة باللوپس ومجلس الارتشاح الدرني يكون غالبا في الثنيات الترجهالية المزمارية تكسبها هيئة الكمثرى ويصير لسان المزمار تام العامة (مكثرى) والاحبال الصوتية الكاذبة تتقدم وتغطي الاحبال الصوتية الصادقة وتضيق بطيني مرجاني او تبرز حتى ان (ستورك) قال ان بروزها علامة خاصة بالتدرن لانها لا تشاهد في حصول الاورام ولا البوليپس واما الاحبال الصوتية نفسها فلا تصاب بالتدرن الا نادرا واذا تدرنت [illegible] تنيلا وتستدير (هينس) ومتى حصل التقرح يبتدئ اما على سطح الغشا المخاطي او في سمكه فيحتقن وتتكاثر فيه الكرات [illegible] يبتدئ بالغدد المرتشحة التي تستحيل الى الحالة الجبنية ثم تتلين [illegible] ويظهر ابتداء التقرح غالبا في محل اتصال الاحبال الصوتية بالترجهاليين ثم في الاحبال الصوتية الصادقة والكاذبة [illegible] لسان المزمار وبامتداد التقرحات [illegible]
[illegible] وهو فيها [illegible] بالدرن
[illegible] مختلفة الحجم [illegible] الا [illegible]
[illegible] او [illegible] وتتهتك الاحبال الصوتية ولسان المزمار [illegible]

الحلقى والترجهاليين وتوقفها فى السكروز ويكثر النقيح ويتخلل الصديد بين الاجزاء الرخوة والياف العضلات فتحصل اورما الحنجرة اوانفيزيما الجلد وخراجات ونواسير متنوعة

ويصحب تدرن الحنجرة غالبا تدرن فى القصبة والبلعوم اوالمرى ايضا وبالبحث عن الانسجة المصابة بالتدرن يمكن استكشاف باسيل الدرن فيها ويكون بمقدار وافر عادة ويلزم الاحتراس ابتداء بتنظيف الاجزاء من المادة المخاطية الواردة من الرئة للتاكد من عدم ورود الباسيل من الرئة

(الأسباب) التدرن لا يظهر فى الحنجرة ابتداء الا فى احوال استثنائية وهو فى العادة يعقب الدرن الرئوى (رهينس) ويصيب القصبة فى آن واحد وذلك بسبب مرور البصاق المحمل بالباسيل الدرنى وثبات بعض الباسيل على الغشا المخاطى للقصبة والحنجرة وتكاثره فيما بعد وهذا المرض كجميع الاصابات الدرنية اكثر حصوله عند الرجال وفى سن الشبوبية واشد احواله خطرا ما يشاهد فى سن الكهولية بين ٢٥ و ٤٥ سنة ولا يشاهد التدرن الحنجرى عند الاطفال الا نادرا

(الاعراض) اذا كان الشخص مصابا بالدرن الحنجرى المرتشح فى الغشا المخاطى للمزمار او بين الترجهاليين ربما يستمر مدة بدون تغير واضح فى صوته وتنفسه ومتى تقدم الارتشاح الى الاحبال الصوتية تبتدئ بحة الصوت بالتدريج بغير ألم ولا عسر فى التنفس وبالبحث حينئذ بالمرآة الحنجرية يشاهد ان الغشا المخاطى للحنجرة والبلعوم والحلق باهت جدا ويصحبه احتقان وانتفاخ خفيف فى الغشا المخاطى بين الترجهاليين والثنيات الترجهالية المزمارية والاحبال الصوتية واذا تقدم المرض تزداد بحة الصوت ويعتريه السعال وتظهر الالام الشديدة فى الحنجرة ويزداد احتقان الغشا المخاطى وانتفاخه ويمكن مشاهدة ذلك بالمرآة الحنجرية

والتقرحات السطحية ليست خاصة بتدرن الحنجرة ويمكن وجودها فى جميع الالتهابات الحنجرية ولكن متى امتدت وانتهكت الأجزاء الرخوة تشتد الاعراض ايضا فيصير السعال

الحاو يكتسب اوصاف التكرع ولذا سماه (تروسو وبيلوك) بالسعال التكرعى ويفقد الصوت ويصير التكلم مؤلما وكذلك الازدراد يوجب التألم الشديد للمريض فيمتنع عن الاكل والشرب ويجتنب ازدراد لعابه فيسيل خارج الفم ويعقب ذلك نهوكة شديدة وحالة يأس وانحطاط شديد وكثيرا ما يمتد التألم الى الأذن المسامتة ومتى زاد الارتشاح الدرنى وظهرت الاوزيما او الضخامة والتولدات الجديدة فى الغشا المخاطى تحصل صعوبة فى التنفس وربما يصحبها صوت شخيرى ولكن لا تصحبه حينئذ نوب الاختناق التشنجية التى تشاهد فى الالتهابات الحنجرية الأخرى وبالبحث بالمنظار الحنجرى يمكن مشاهدة الآفات المذكورة

ويختلف سير التدرن الحنجرى فقد يقف المرض فى درجته الاولى التى هى حالة تحبيبات دخنية او ارتشاح سواء كان مصحوبا بتقرحات سطحية اولا بل وقد يشاهد التحسين فى الأعراض وتمام الشفا (هنس * سيمسون) وفى الاحوال الاخرى يكتسب سير المرض سرعة قوية لا سيما اذا كان درن الرئة متقدما فيقع المريض فى النهوكة وحمى الدق ويهلك عاجلا

وعلى العموم تشتد الأعراض اذا كان الغشا المخاطى الحنجرى ملتهبا فى اتساع كبير اوكان الالتهاب شديدا واما اذا وجدت تقرحات صغيرة منفرقة غير مصحوبة بالتهاب فانها كثيرا ما تكون كامنة وغير مصحوبة باعراض واضحة ولا يصحب تدرن الحنجرة انتفاخ العقد اللنفاوية للعنق او يكون خفيفا جدا

(التشخيص) اذا بحث بالمرآة الحنجرية عن الحنجرة عند شخص مصاب بالدرن الرئوى وكان ابح الصوت بدون اصابة موضعية فى الحنجرة يرى ان الغشا المخاطى باهت انيماوى

ومتى كانت التقرحات نادرة وسطحية فى ابتداء الالتهاب الدرنى وكان الصوت والسعال ابحين فلا يمكن تمييزه عن الالتهابات الاخر الا بوجود الباسيل

في البصاق او المواد الخراشية التي تؤخذ من فوق سطح الغشا المخاطي بواسطة فرشة وانما اذا كان الالتهاب الحنجري مصحوبا بدرن رئوي فلا يمكن الحكم باليقين لانه يجوز حصول التهاب حنجري بسيط عند المصاب بالسل الرئوي ووجود الباسيل حينئذ على سطح الحنجرة عارضي وارد من الرئة

ومتى تقدم الدرن الحنجري وامتدت تقرحاته يلزم تمييزه عن التقرحات الزهرية والسرطانية اما التقرحات الزهرية فسنذكر اوصافها قريبا واما سرطان الحنجرة وخصوصا السرطان البشري فيتميز بكونه في الابتدا يكون غير مؤلم وسيره بطئ جدا وربما استطالت مدته الى سنتين او ثلاث سنين (كرهسابر) وقد تنحصر اعراضه في اضطراب الصوت فقط مدة بعض اشهر بدون تغير ظاهر في عموم الصحة ولا في الشهية وبدون نحافة وانتفاخ عقدي ولكن متى تقدم المرض وظهرت تقرحاته تكون عادة محدودة في جهة واحدة من الحنجرة وتكون مصحوبة بورم واضح وعلى سطحها بروزات من ازرار لحمية سهلة الادما شبيهة بالقرنبيط لا تشبه التقرحات الدرنية ولا الزهرية وتصحبها نتانة مخصوصة في النفس لا توجد في الدرن ولا في الزهري هذا وان لم يوجد عند الشخص درن رئوي ولا آفات زهرية اخرى لا تسهل التشخيص فيستعان على تحقيقه بالبحث الميكروسكوبي

(الانذار) الالتهاب الدرني للحنجرة مرض عضال عادة ولكن شوهد شفاؤه في أحوال استثنائية (هنس وسمسون) وفي الغالب ينتهي بالهلاك في مدة ستة اشهر الى سنتين ونصف وتتعلق سرعة خطره بدرجة الدرن الرئوي المصاحب له فاذا كان الدرن الرئوي مزمنا بطيئا يمكن استمرار الدرن الحنجري مدة سنين

(المعالجة) لا يوجد علاج خاص لتدرن الحنجرة وانما يجتهد الطبيب في معالجة الاعراض وتلطيفها بقدر الامكان فيمنع المريض من التكلم بصوت عال بل يتكلم بصوت خفي جدا ويمكن استعمال محلول فوق كلورور الحديد في مسا الاحوال لطيف

ألم الحنجرة عند الازدراد والسعال او يستعمل محلول الكوكايين بجم مسا قبل تعاطى الاغذية بربع ساعة وايضا يمكن استحلاب اقراص الكوكايين اواستعمال مسحوق المورفين النشوى (١ جم من المورفين على ١٠ جم نشا) نفخا فى الحنجرة قبل تعاطى الطعام بنحو نصف ساعة (ماكنزى) ولاجل النفخ تؤخذ أنبوبة مرنة طرفها الداخلى منحن قليلا فيوضع فيه المسحوق ويقرب الى فتحة الحنجرة ويوضع الطرف الثانى فى فم الطبيب كى ينفخ المسحوق عند فعل المريض حركة شهيق تجذب المسحوق الى داخل الحنجرة ويمكن استعمال المياه المعدنية الكبريتية رزا لاجل تنويع الالتهاب والاحسن من ذلك استعمال حمض اللبنيك مسًّا لاجل كى التقرحات ويبتدأ باستعمال محلول خفيف فيه العشر من الحمض ثم محلول فيه الخمس ثم يستعمل الحمض نقيا (كراوس) وبعضهم يستبدل حمض اللبنيك بنترات الفضة واليودوفورم او اليودول (لينكولين) او بروموراالاموينوم (جيرهار)

(ثامنا فى الالتهاب الحنجرى الزهرى اى زهرى الحنجرة)

الآفات الزهرية للحنجرة مهمة جدا لكثرة حصولها وهى فى الأهمية تأتى بعد الزهرى الجلدى والحلقى (لوبن) وسواء كان الزهرى وراثيا او مكتسبا فيمكن ان يصيب الحنجرة فى جميع اجزائها

والآفات السطحية تنسب للزهرى الثانوى عادة والغائرة تنسب للثلاثى وهذه القاعدة ليست مطردة لان الآفات السطحية قد تظهر فى الزهرى القديم ايضا

(الأسباب) تظهر الاصابات الزهرية للحنجرة عادة عقب المهيجات الموضعية عند الافراط فى استعمال الصوت وكذا عقب تأثير البرد ولذلك يكثر حصولها فى الشتاء ومن سن العشرين الى الأربعين اكثر عرضة لها وقد تشاهد عند الاطفال والشيوخ

(التشريح المرضى) الزهرى الابتدائى اى القرحة الزهرية لا تشاهد فى

الحنجرة

الحنجرة ابدا واما الزهرى الثانوى فيحصر فى الايرتما والنزلات والتسلخات واللطخ المخاطية وتظهر هذه الآفات بعد العدوى ببعض اسابيع وتتسبب عنها اضطراب الصوت ولا تصحبها الاوذيما ولا عسر التنفس ولا تألم فى الازدراد الا فى احوال استثنائية واما الايرتما فتعرف بلون الاحمرار المستوى ولا تصحبها افرازات وهى تظهر ايضا بعد العدوى ببعض اسابيع وتوجب بحة الصوت وتنصرف بعد مضى بعض اسابيع او تستحيل الى نزلة حنجرية بسيطة مصحوبة بافرازات مخاطية او قيحية او تتضاعف بتسلخات اى تقرحات سطحية مستديرة او بيضاوية او خطية مستطيلة قاعها مبيض وحافاتها محاطة بهالة محمرة وفى العادة لا يصحبها ارتشاح ولا اوذيما ومجلسها عادة فى حافة الاحبال الصوتية او فى الثنيات الترجهالية المزمارية واما اللطخ المخاطية فتظهر غالبا على الوجه الخلفى للحنجرة والاحبال الصوتية ولسان المزمار (سيمسون) ويكون لونها مصفرا والغشا المخاطى حولها قليل الاحمرار وتقرحها نادر (ماكنزى) ويمكن مشاهدة هذه الآفات بواسطة المرآة الحنجرية

واما الزهرى الثلاثى فتنحصر آفاته فى الاورام الصمغية والتقرحات الغائرة والاوذيما وضخامة الغشا المخاطى والتولدات اللحمية واثر الالتحام المشوهة للحنجرة الى غير ذلك

واما الزهرى الوراثى فانه يصيب الحنجرة غالبا عند الاطفال حديثى الولادة (ماكنزى) وآفاته اما ان تكون سطحية او غائرة وربما تبتدئ فى الظهور من حين الولادة الى سن البلوغ والاورام الصمغية تبتدئ بالغشا المخاطى او بالنسيج الخلوى تحته على هيئة اورام صغيرة فى حجم رأس الدبوس الى حجم البسلة او البندقة ويكون لونها لون الغشا المخاطى او كابيه عنه قليلا وتكون متفرقة او مجتمعة ويصير الغشا المخاطى بجوارها اوذيماويا ويكون مجلسها فى الغالب على لسان المزمار والوجه الخلفى للحنجرة والاحبال

الصوتية الكاذبة وتنتهي بالتقرح وفي احوال اخرى لا تكسب التولدات الصمغية هيئة الاورام بل ترشح في النسيج الخلوي تحت الغشاء المخاطي على هيئة لطخ او اشرطة غير منتظمة واذا انقرحت تصير التقرحات نخبانية والتقرحات الزهرية تكون مستديرة غالبا ويكون قاعها مصفرا وحوافيها مقطوعة قطعا عامودية ومحاطة بهالة التهابية (تورك) ومتى امتدت التقرحات وغارت تتلف الانسجة في سيرها ومتى وصلت الى الغضاريف تعقبها عوارض الالتهاب الغائر كالخراجات والنيكروز والانكيلوز وقد يصحبها ارتشاح او زيماوي وقد يتسبب عنها نزيف حنجري مفرط ويعقب التحامها اثر التحام غير منتظمة تحدث تشوهات حنجرية او التحام لسان المزمار في اوضاع مختلفة معيبة توجب ضيق قطر الحنجرة ويصحب تلك الآفات احتقان في العقد التفاوية للحنجرة وتلاشي في العضلات او شللها عقب اصابة العصب الراجع من تأثير العقد اللمفاوية المجاورة له عليه

(الاعـراض) الآفات الزهرية تحدث في الصوت اضطرابا جسيما واما السعال والألم فانهما نادران جدا وقد تصل بحة الصوت الى درجة الانطفا التام وتستمر وتخف وحدها ثم تشتد من تأثير البرد حتى يكاد يظن انها متعلقة بنزلة حنجرية نزلية بسيطة

واما عسر التنفس فكثير الحصول وقد يصل الى درجة الاختناق والاسفكسيا وينسب اما للآفات الالتهابية والارتشاح الاوزيماوي الناشئ عنها او للتشنج او الشلل العضلي او لاثر الالتحام المشوه للحنجرة

وتتميز التقرحات الحنجرية الزهرية بكونها غير مصحوبة بالآلام موضعية مالم يكن مجلسها الثنيات الزجهالية المزمارية وحينئذ يحصل التألم عند الازدراد ويكثر السعال لاجل اخراج افرازات القروح وقد يتسبب من السعال نزيف حنجري مفرط وقد يصحبها ألم حاد في الاذن واما نتانة

المنفس

النفس فهي أقل حصولا منها في سرطان الحنجرة

(التشخيص) من المهم تمييز الالتهاب الزهري للحنجرة من الالتهاب الدرني فبالنظر إلى الحالة العامة نجد المتدرن واقعا في النحافة فاقدا للشهية وسعاله حنجري قصبي ويكون في العادة مصابا بدرن رئوي ونفث دموي واما المصاب بالزهري فصحته تكون في الظاهر جيدة وشهيته محفوظة وليس نحيفا وسعاله نادر ويصحب التشخيص في الابتدا ومع ذلك فان الآفات الدرنية تتميز في ابتدائها بهاتة الغشا المخاطي ومجلسها يكون غالبا في الوجه الخلفي للحنجرة

واما التقرحات الزهرية فلا تصحبها بهاتة الغشا المخاطي وتكون في الغالب محدودة في جزء من الغشا المخاطي دون باقي الحنجرة بخلاف التقرحات الدرنية فانها تكون في الغالب منتشرة مصحوبة بالتهاب حنجري حاد والتقرحات الدرنية لا يصحبها احتقان العقد اللنفاوية للعنق بخلاف التقرحات الزهرية فانها تحدث بها انتفاخا وحجم التقرحات الدرنية اقل اتساعا من التقرحات الزهرية وباختلاط التقرحات الدرنية ببعضها يتسع سطحها جدا وتتغطى التقرحات الدرنية غالبا بتولدات فطرية لحمية وهذا نادر في التقرحات الزهرية والمعالجة النوعية تحدث تحسينا في التقرحات الزهرية بسرعة بخلاف الدرنية وتشاهد اصابات الغضاريف غالبا في التقرحات الدرنية (١٨ مرة على ٢٠ مرة) وتندر في الزهرية ويأخذ قليل من الافراز التقرحي بواسطة فرشة والبحث عنه بالميكروسكوب لا يشاهد باسيل في التقرحات الزهرية

ومما يساعد على التشخيص أيضا البحث عن التقرحات الزهرية في الحلق وقاعدة اللسان فانها كثيرا ما تسبق تقرحات الحنجرة ووجود أثر الالتحام يدل على الاصابة الزهرية لان الالتحام نادر جدا في القروح

الدرنية والبحث بالمرآة الحنجرية لايؤلم المريض بالزهري واما في
القرحات الدرنية فلا يمكن اجراؤه الا بعد استعمال مزيلات الحس
او المخدرات كالكوكايين والمورفين

واما السرطان فيسهل تمييز قروحه من القروح الزهرية باوصافه المذكورة
عند الكلام على تشخيص الدرن ولاجل تأكيد التشخيص تستعمل المعالجة
النوعية التي يعقبها تحسين في الزهري ولا تفيد في السرطان

(المعالجة) تنجح المعالجة النوعية عادة ويحصل الشفاء بسرعة
وتكون عامة وهي الأهم وتكون موضعية عرضية فالعامة تنحصر
في استعمال الدلك الزيبقي واعطاء سائل فأن سويتن وشراب جيبير
ويودور البوتاسيوم والموضعية في مس القروح بصبغة اليود البسيطة
او اليودورية ونفخ الزيبق الحلو في الحنجرة اومس قروحها بالجليسرين
اليودوفورمي وفي استعمال الانابيب المخصوصة لاجل توسيع الحنجرة
التي ضاقت من تأثير أثر الالتحام وقد يستغني الحال عن القطع الحنجري
بالمبادرة في المعالجة بسرعة على وجه ماذكر

ويلزم على العموم التنبيه على المصابين بالزهري بعدم اتعاب اصواتهم
وبعدم الافراط في شرب الدخان والمشروبات الروحية [illegible]
لوقاية الحنجرة من الاصابة

(المبحث الثاني في الامراض العصبية للحنجرة)

تنحصر هذه الامراض في الشلل والتشنج

(اولا في شلل عضلات الحنجرة)

قد يصيب الشلل عضلة واحدة اوعدة عضلات وقد يصيب نصف الحنجرة
ولا يصيب جميع عضلات الحنجرة في آن واحد لاختلاف منشأ اعصابها
واهمها شلل عضلات التنفس وعضلات الجهود وعضلات التصويت

اولا

اولا شلل عضلات التنفس اى المبعدة للاحبال الصوتية وهى الحلقية الترجهالية الخلفية هذا الشلل يعقب اصابة العصب الراجع فى جزئه الناشئ من الرئوى المعدى وهو اما ان يصيب الجهتين معا او يصيب جهة واحدة فقط

اما حصول شلل الجهتين فهو نادر (سيمسون) ويتسبب عنه عدم تباعد الاحبال الصوتية عند الشهيق لان الهواء يضغط عليها حينئذ ويغلقها كالصمام ويساعد على ذلك تسلط العضلات المقربة للاحبال الصوتية ولا يتيسر دخول الهواء الا بمقدار قليل من المسافة الضيقة الموجودة بين القصر وبين الترجهاليين واما الزفير فيسهل حصوله لان الهواء حينئذ يدفع الاحبال الصوتية من اسفل الى اعلا و يبعدها عن بعضها ولا يتغير الصوت فى هذا المرض الا بدرجة خفيفة واما المجهود فيكون طبيعيا ويستمر التنفس متعسرا وغير تام فتحصل الأسفكسيا التدريجية بدون نوب اختناق

وبالبحث بالمرآة الحنجرية نجد الأحبال الصوتية ثابتة فى محلها ولا تتباعد وقت التنفس وهذا الذى يميز عسر التنفس هنا من عسر التنفس الناشئ من ضيق الحنجرة التشوهى واما تمييز شلل عضلات التنفس عن تشنج المزمار الذى يحدث ايضا تقارب الاحبال الصوتية والاسفكسيا فيسهل باعتبار اوصاف الاسفكسيا فى كل منهما فان الاسفكسيا فى تشنج المزمار تحصل فجأة وتصل الى درجة الاختناق بسرعة ويعود الاختناق على نوب واما الاسفكسيا فى شلل عضلات التنفس فانها تحصل ببطء وتكون فى الابتداء خفيفة وتشتد كلما ازمن المرض بدون ان تصحبها نوب .

واما شلل العضلة الحلقية الترجهالية الخلفية القاصر على جهة واحدة فان اعراضه أقل شدة ولا تصل الاسفكسيا فيه الى درجة قوية ويشاهد بالمرآة ان عدم الحركة قاصر على الحبل الصوتى للجهة المشلولة

ثانيا شلل عضلات الجهود اى العضلات المقربة للأحبال الصوتية اى العضلات التى تساعد على تكون الصوت وهى العضلات الحلقية الترجهالية الجانبية والترجهالية الترجهالية وهذا الشلل اكثر حصولا من السابق والسبب فيه اصابة العصب الراجع او العصب الشوكى او الضغط على العصب الراجع فى مدة سيره فى الصدر بجوار انوريزما الاورطى او انوريزما الجذع الذراعى الدماغى او الشريان تحت الترقوة (سيمسون) او الشريان السباتى (ماكنزى) او سرطان للحجاب المتوسط واورامه او سرطان المرى (براون) او الالتهاب البلوراوى لقمة الرئة (جيرار) او التهاب التامور ونحو ذلك ويعقب هذا الشلل انفتاح المزمار على الدوام فلا يمكن غلقه ولذلك يتم التنفس بسهولة ولكن يكون الصوت مفقودا واذا كان الشلل مصيبا للجهتين معا يكون الجهود غير ممكن وبالبحث بالمرآة الحنجرية وقت التكلم يشاهد ان الأحبال الصوتية ثابتة لاتهتز ولا تتقارب من بعضها كالعادة وحيث ان هذه الاعراض يمكن حصولها ايضا عقب انكيلوز الغضاريف الترجهالية فيلزم تمييز الاثنين ولاجل ذلك يبحث عن اثر الآفات الالتهابية التى لحدثت الانكيلوز وربما وجدت اثر التقرحات أو الخزلجات وان لم توجد هذه الاثار يتعسر التشخيص ولا يمكن بت الحكم (سيمسون)

ولما شلل العضلات المقربة للأحبال الصوتية القاصر على جهة واحدة من الحنجرة فان اعراضه تكون اقل وضوحا اعنى يمكن المريض فعل الجهود الخفيف ويتغير صوته بدرجة مختلفة ولكن لم يزل ممكنا وبالقبض على الحنجرة بأصبعين وقت التكلم يحس بان الاهتزاز الحنجرى قاصر على الجهة السليمة (جيرار) وبالبحث بالمرآة الحنجرية يرى ان الحبل الصوتى فى الجهة المشلولة يستمر ثابتا فى محله لايتقارب من الحبل الثانى مدة التكلم ولا مدة الجهود ومتى ازمن الشلل يحصل ضمور فى الاحبال الصوتية والالياف العضلية فترتخى ويحركها هواء التنفس فى مسيره مدة الشهيق والزفير

ثالثا

ثالثا شلل عضلات التصويت خاصة أى العضلات الموترة للأحبال الصوتية أى الحلقية الدرقية ولا يعقب هذا الشلل فقد الصوت بالكلية لسلامة عضلات التصويت الأخرى وانما تفتقد نوعيته ونغمته لارتخاء الاحبال الصوتية وبالبحث بالمرآة الحنجرية يرى ان التوتر واهتزاز الأحبال الصوتية غير تام مدة التكلم ما التنفس والجهود لا يحدثان فيهما ادنى اضطراب

(الاسباب) شلل عضلات الحنجرة يصيب الكهول اكثر من الاطفال وخصوصا الذكور منهم ويتعلق باسباب تصيب الاعصاب او العضلات والشلل العضلى مستثنى جدا واما الشلل المتعلق بالأعصاب فانه ينشأ من اصابات المراكز العصبية او الأعصاب اللاثرية وقد يكون ذاتيا بجميع الآفات التى تصيب النخاع المستطيل وقنطرة فارول كالاسكليروز والنزيف ونحوه والأورام التى تضغط على الاعصاب الحنجرية والامراض العصبية كالاستريا فيمكن ان يعقبها شلل الحنجرة وقد يشاهد بصفة فعل منعكس فى امراض اللوزتين وديدان الأمعا وامراض الرحم الخ او يصاحب التسمم بالرصاص والأفيون والبلادونا والحشيش والأمراض العفنة كالدفتيريا والحمى التيفودية والجدرى والحميات الاجماسية ونحو ذلك وقد يتعلق بالأمراض الموضعية للحنجرة كالالتهاب وجروح الحنجرة وعملية القطع المجرى وغير ذلك

واما الشلل الذاتى فيشاهد عقب الافراط فى مجهودات الصوت او عقب تأثير البرد على الاعصاب الحنجرية فيحصل الشلل حينئذ كما يحصل فى العصب الوجهى من تأثير البرد عليه وفى بعض الأحيان يحصل شلل وقتى فى الحنجرة وفقد الصوت عقب الانفعالات النفسانية الشديدة كالخوف والفزع

(التشخيص) يسهل تشخيص انواع الشلل المذكور بواسطة المنظار الحنجرى وتمييزه عن اضطراب الصوت والتنفس المتعلق بالالتهابات الحنجرية المختلفة او سرطان الحنجرة وبوليبوسها ومتى تعين وجود الشلل يبحث عن سببه

ليعلم هل الشلل ذاتى ناشئ من تأثير البرد او الافراط فى مجهود الصوت اوتابع لامراض الصدر كانوريزما الاورطى اواورام الحجاب المتوسط التى تضغط على العصب الراجع الى غير ذلك

(الانذار) شلل الحنجرة لايكون خطرا الا اذا احدثت عنه اعاقة التنفس كشلل العضلات الحلقية الترجهالية الخلفية من الجهتين الذى قد يوجب عملية القطع الحنجرى

(المعالجة) المعالجة الواقية منها عدم اتعاب الصوت وتجنب البرد والمعالجة الدوائية تتنوع على حسب الاسباب التى احدثت الشلل فقد يكفى لحصول الشفا قطع اللوزتين او طرد الديدان المعوية ومعالجة الرحم اواستعمال الاستريكنين حقنا تحت الجلد ضد الشلل الدفتيرى ويساعد فعلها بالكهربائية بواسطة الاليكترود للحنجرى ويعالج الشلل الاجامى بسلفات الكينا اوبسائل فوللير

والوسائط الموضعية منها اللمس بمحلول نترات الفضة اوالنفخ بمسحوق الشب والتانين وخلات الرصاص واليودوفورم التى تنوع الالتهاب الموضعى اوتحدث تهييجا نافعا

ويعالج الشلل الاستيرى بالمغطسة والمقويات العصبية

واذا خيف على المريض من الاسفكسيا والاختناق كما فى شلل الحلقية الترجهالية الخلفية شكل اجراء عملية القطع الحنجرى وسيدلو دارك ذلك بوضع انبوبة فى فتحة المزمار وفى شلل العضلات الدرقية الترجهالية اللسانية المزمارية يلزم تغذية المريض بالمجس المرى

(ثانيا فى تشنج المزمار)

ويسمى ايضا بالربو الحنجرى والربو التيمى وربوكوب وميلار وهو مرض يوصف بانقباض العضلات المقربة للاحبال الصوتية والمتوترة

لها فى آن واحد مع انقباض الحجاب الحاجز ايضا انقباضا تشنجيا يستمر من بعض ثوان الى بعض دقائق ويعقبه اختناق ربما يكون مميتا

(الاسباب) تشنج المزمار اما ان يكون ثانويا وذلك عقب تهيج العصب الراجع اذا جاورته فى مسيره بعض الاورام كانوريزما قوس الأورطى والأورام الدرنية للعقد الشعبية الخ وقد يكفى تهيج العصب الراجع لجهة واحدة لأجل حصول تشنج المزمار فى الجهتين كما انه يكفى تهيج العصب الرئوى المعدى فى جهته لاجل حصول سرعة حركات القلب واما ان يكون عرضيا لبعض امراض الحنجرة كالالتهاب الغشائى الكاذب والاوزيماوى واما ان يكون ذاتيا اى غير متعلق بامراض اخرى وهو المقصود بالذات هنا وهو مرض عصبى نفرورى يشاهد عادة عند الاطفال الصغيرى السن بين ٤ اشهر و ١٨ شهرا وقد يحصل فى احوال استثنائية جدا قبل ذلك او بعده لغاية سن التسع سنين وحصوله عند الكهل نادر جدا وحصوله عند الذكور من الاطفال اكثر منه عند اناثهم وكان الأقدمون يظنون غلطا انه متعلق بضخامة الغدة التيموسية ويسمونه بالربو التيموسى ولا اصل لذلك وانما يحصل غالبا عند الاطفال الخنازيرية الراشتيكية (ستيفون) وعند الاطفال الضعفين العصبيين الذين نومهم غير هادئ وطباعهم شرسة ويكفى لحصوله عند الاطفال وجود سبب مهم خفيف كالفطامة والبرد والتخمة المعدية والتسنين والانفعالات النفسانية والصراخ ونحو ذلك

(الأعراض) قد اجاد فى شرحها (تسيمسون) حيث قال يضطرب تنفس الطفل ابتدأ فيقف برهة ثم تعقبها حركة شهيق قوية ويتكرر ذلك فى مسافات مختلفة وربما وقف التنفس مدة نومه فيستيقظ مفزوعا برهة ويعود الى نومه ثانيا ولا ترى اهله لذلك اهمية ولا خطرا ولكن مع تكرر نوب انقطاع التنفس يأخذ فى الشدة والخطر فترى الطفل وقت النوبة

مفزوعا ويطرح رأسه الى الخلف ويتقوس ظهره ويتوتر الصدر والبطن ويلتحم الصدر لايسمع الخرير الحويصلي وتضطرب ضربات القلب وتحول المقلة الى اعلا وتتقلص الاطراف ويقبض الابهام في الراحة وتنبسط باقي الاصابع ويثبت المعصم وتنبسط الاطراف السفلى ويتحول القدم الى الانسية وتنبسط اصابعه وتتباعد عن بعضها ويبهت الوجه ابتداء ثم يصير محتقنا اردوازيا ويتغطى الجسم بعرق بارد واحيانا يتغوط الطفل ويتبول بدون ارادته او تخرج الغازات بتصويت وبعد مضي بعض ثوان الى دقيقة او بالاكثر الى دقيقتين يزول تشنج المزمار ويعود التنفس فتحصل حركة زفير قوية لها صوت صفيري او كصياح الديك وقد يتكرر التشنج المذكور مرات متوالية يعبر عنها بالنوب وبعد انتهائها يعود الطفل الى نومه او الى اللعب الذي كان يلعبه قبل حصولها وفي بعض الاحيان يموت الطفل حال النوبة وبفتح الجثة يشاهد احتقان مخي او رئوي او انفيزيما رئوية وتكون الحنجرة اما محتقنة احتقانا خفيفا او خالية من التغيرات بالكلية

والنوب تكون نادرة في الابتداء فلا تحصل الا مرة او مرتين في الاسبوع ثم تأتي في اليوم مرة ثم تتكرر في اليوم وقد تصل الى ٢٥ مرة (هيرار) او الى ٥٠ مرة في الاربعة والعشرين ساعة ولكن مع تكرار النوب تستمر صحة الطفل جيدة في الفترات ولا تتغير الا اذا ازمن المرض فيضعف ويقع في النهوكة وقد تطول مدة المرض من بعض اسابيع الى بعض شهور وتنتهي غالبا بالهلاك ولا يحصل الشفا الا في احوال استثنائية جدا

واما تشنج المزمار عند الكهول فانه لا يشابهه عند الاطفال بسبب مقاومة الحنجرة عند الكهل واتساع المزمار بين الترجهاليين فلا يكون فيه الخطر الذي يخشى منه عند الطفل وصوت الزفير في تشنج المزمار عند الكهل يكتسب صوت صفير اوضح منه عند الطفل

(التشخيص) يلتبس تشنج المزمار بالالتهاب الحنجري التشنجي لتشابه نوبة الاختناق الليلية فيهما ولكن الالتهاب الحنجري التشنجي يصيب الاطفال بين السنتين والستة والتشنج المزماري يصيب الأطفال الحديثي السن بين ٤ اشهر و ٢٠ شهرا وزيادة على ذلك فالاعراض الالتهابية كبحة الصوت والسعال والزكام التي تصحب الكروب الكاذب ليس لها أثر في تشنج المزمار

واذا اشتبه تشنج المزمار في نوبته الاولى بدخول جسم غريب في الحنجرة فلاجل التحقق من ذلك يكفي البحث بالأصبع في الحلق وايضا انصراف النوبة يوضح التشخيص

(الانذار) اذا كان الانتهاء حميدا تقل النوب في العدد والمدة بالتدريج وتنتهي في مسافة بعض اسابيع ولكن في الغالب يكون الانتهاء بالهلاك وكلما كان سن الطفل حديثا كلما ازداد الخطر وخصوصا الذكور منهم (سنفيون) والبعض يقول بالعكس (ايشورست)

(المعالجة) يلزم تدارك حصول المرض عند الاطفال المستعدين له كالعصبي المزاج او ذوي البنية الخنازيرية او المصابين بالراشيتسم فيعتنى في تغذيتهم ورياضتهم ولجتناب البرد والتخم وتعطى لهم الادوية الموافقة لحالتهم المرضية ويجب وضع الطفل مدة النوبة في حالة جلوس او وقوف كما انه يلزم وضعه على جنبه بعد النوبة في محل هاو ذي شبابيك يمكن فتحها لدخول الهواء البارد وتعالج النوبة برش الماء البارد على وجه الطفل وتدغدغ اخمص القدم والغشاء المخاطي للأنف او تقرب من انفه زجاجة فيها النوشادر او روح الخل لاجل تنبيه التنفس وتدلك الاطراف او يغمر الجسم كله في حمام ساخن ويرش على وجهه الماء البارد وفي الفترات يتدارك رجوع النوب باعطاء مضادات التشنج كشراب

الكلورال الايدراتى (١٠: ٤٠ نقطة) وبرومور البوتاسيوم (٢: ٥ قمحات) والحلتيت والواليريانا والاتروبين والمسك ونحوذلك

وتعالج الاسباب المرضية بما يليق فيعطى مقيئا ضد التخم وملين ضد الامساك وتعالج الديدان المعدية وزيت السمك ضد الاستعداد الخنازيرى والراشيتكو وتعمل الرياضات فى الشمس وتستعمل الحمامات الملحية او يرسل الطفل الى شواطئ البحار ويعتنى فى تغذيته وتربيته

المبحث الثالث فى اورام الحنجرة

تنقسم اورام الحنجرة الى حميدة وخبيثة واما الاورام الحميدة فاكثرها حصولا هى البابيلوما والفيبروما اى البوليبوس الليفى والاكياس المخاطية واما الميكسوما والليبوما والانجيوما فهى نادرة الحصول واسبابها عادة مجهودات الصوت والنوازل الحنجرية ولذلك نشاهدها عند الرجال ويقل حصولها عند النساء والاطفال ومجلسها فى الاحبال الصوتية ويصل حجمها من قدر حبة العدسة الى مقدار الفولة او البندقة ومتى كانت ذات عنق تحرك مدة التنفس ويتسبب عنها اضطراب فى الصوت والتنفس وقد تحدث الاختناق خصوصا عند التحرك او الرقاد وقد يعقبها حينئذ الموت الفجائى بالاسفكسيا وبالبحث عنها بالمرآة الحنجرية يشاهد مجلسها وحجمها ولونها ويكون الغشاء المخاطى بجوارها ملتهبا فى الغالب ولا يرى فى قاعدتها تولدات بشرية بل تكون متميزة عن الغشاء المخاطى بخط فاصل واضح ووجود التولدات البشرية فى القاعدة يعتبرها (ويرشو) علامة على الاورام الخبيثة

ومعالجة هذه الاورام هى انها متى كانت كبيرة بحيث يعقبها اضطراب التنفس والتصويت تنحصر فى استعمال العمليات الجراحية لاجل استئصالها او شقها اذا كانت كيسية وكى باطن الكيس بعد شقه واذا كان الوصول اليها

من الفم

من الفم متعسرا يمكن شق الغضروف الدرقى لاجل استكشافها واستيصالها
واما الاورام الخبيثة فتكون عادة سرطانية بشرية وتبتدى بالاحبال
الصوتية وتشاهد غالبا لاكثر عند الذكور بين سن ٤٠ و٦٠ وليست نادره
عند الشباب وقد يصل السرطان الى الحنجرة بالمجاورة من سرطان البلعوم
وقاعدة اللسان مثلا وتبتدئ على صفة ارتشاح وسماكة فى الغشا المخاطى
تتسبب عنه بحة الصوت وعسر التنفس وتستمر هذه الحالة بعض
اشهر او سنين (كريزابر) ثم ينمو الورم ويزداد اضطراب الصوت
والتنفس ويصحبه الم فى الحنجرة فى هذا الورم او فى البلعوم
ويصل احيانا الى الاذن المسامتة بواسطة العصب الاذنى (هاج)
ثم متى تقرح الورم يخرج مع البصاق سائل غزير ايكورى مدمم منتن
او يحصل نزيف خفيف او غزير وترتشح الانسجة المجاورة فتصير او زماوية
ثم تلتهب الاجزاء الرخوة حول الغضاريف وتتنكرز الغضاريف وتسقط
بعض السوائل والاجزاء الملتهبة فى القصبة وتصل الى الرئة فيحصل
التهاب رئوى بليوراوى صديدى ويزداد عسر التنفس وتصحبه
نوب اختناق تشنجية ويمكن مشاهدات الورم السرطانى بواسطة
المرآة الحنجرية بسهولة وسطحه الغير المنتظم الشبيه بالقرنبيط
المتقرح الذى يميزه عن الآفات الزهرية والدرنية كما توضح فى تشخيص
الدرن الحنجرى (واما العقد اللنفاوية فانها فى هذه الامراض الثلاثة سوا
والمعالجة هنا عرضية واما المعالجة الشفائية التى
تقتضى استئصال الورم فلم تنجح الا فى احوال استثنائية واستئصال
الحنجرة بتمامها لا يؤمل فيه النجاح الا اذا حصل قبل الكاشيكسيا
السرطانية

(المبحث الرابع فى سقوط الاجسام الغريبة فى الحنجرة)

تصل الاجسام الغريبة الى الحنجرة اما من الفم مدة التكلم او السعال او العطاس او التثاؤب حالة كون الفم محتويا على بعض المواد فتنجذب فجأة الى داخل الحنجرة او تصل من المعدة عند القيء وعند الاطفال المتغذون باللبن الصناعي ربما تسقط حلمته في الحنجرة مدة نومهم وقد تسقط الاسنان الصناعية مدة النوم في حنجرة الذين لا يحترسون في قلعها قبل الرقاد

ومتى دخل الحنجرة جسم غريب تحصل اعراض حنجرية مفجعة في الحال فيحس الشخص باختناق فجائي ويحتقن وجهه ويزرق وتترغرغ عيناه بالدموع ويصير الشهيق مستعصيا صفيريا ويتغطى الجسم بعرق بارد ويرفع الشخص يديه الى حنجرته مرارا لاجل الاجتهاد في ابعاد الجسم الغريب وهذه النوبة قد تنتهي بالموت في مسافة بعض دقائق واما اذا انسدت الحنجرة بالكلية فان المريض يسقط كانما نزلت عليه صاعقة او اغمى عليه ويموت في الحال ويشاهد ذلك مثلا اذا حصل القيء ودخلت في الحنجرة قطعة لحم او شيء بحيث تسدها سدا تاما

واما اذا خرج الجسم الغريب بالمجهودات التنفسيه فان المريض ينجو وفي هذه الحالة اما ان يخرج الجسم الغريب بواسطة الفم او انه يصل الى الحلق ومنه الى المعدة ثم يطرح مع البراز فاذا اعقبه تهيج في الحنجرة وسعال رطب وتأثر في التنفس وتغير في الصوت يتحير الطبيب ولا يمكنه الحكم القطعي على خروج الجسم الغريب او بقاءه ولكن هذه الاعراض تتفرق بسهولة ويمكن مشاهدة هذه الحالة ايضا عند الاستيريين الذين يشكون بالالم او الاحساس بجسم غريب في الحنجرة توهما او اعتقادا منهم انهم ابتلعوا ابرة او شوكة والحال ان ذلك ليس له أساس

وفي بعض الاحيان يسقط الجسم الغريب من الحنجرة في القصبة فتزول الاعراض الابتدائية الحادة وتظهر اعراض اختناق اخرى سنعود اليها قريبا

قريبا
وفى بعض الاحيان يكون الجسم الغريب له زوايا فينشبك ويمكث فى الحنجرة فيعقبه التهاب واوذيما وعسر فى التنفس ويمكن مشاهدة الجسم الغريب حينئذ بالمرآة الحنجرية واستخراجه وان لم يتيسر خروجه من فتحة المزمار تعمل له عملية جراحية

(الفصل الثانى فى امراض القصبة الهوائية)

القصبة الهوائية والشعب الاصلية ليس لها آفات خصوصية لانها تشترك عادة مع الاصابات الحنجرية والشعبية وحيث ان الاعراض الاكلينيكية المهمة هى الاعراض الحنجرية او الصدرية صار الاكتفا بشرحها هنا لى عند المناسبة نذكر ما يخص القصبة الهوائية منها فقط وانما الآفات التى تؤثر على القصبة والشعب الاصلية مباشرة وتضيق قطرها تعقبها اعراض خاصة يلزم التنبيه عليها هنا على الخصوص فنقول

(المبحث الاول فى ضيق القصبة الهوائية والشعب الاصلية وانسدادها)

(الاسباب) الاسباب التى تؤثر على القصبة وشعبها وتوجب ضيقها او انسدادها اما ان تصل اليها من الخارج كاورام الاعضاء المجاورة او تبتدى بجدرها رأسا او تصل اليها من الحنجرة كالاجسام الغريبة اما اورام الاعضاء المجاورة فانها تضغط على الانبوبة الهوائية الرخوة فتتقارب من بعضها بسهولة وتنسد متى انثنت العنق من جهتها او تتآكل الغضاريف المضغوطة وتنثقب الانبوبة الهوائية ويبرز الورم فى تجويفها ويعيق التنفس او يمنعه بالكلية او ينفجر الورم داخل الانبوبة الهوائية ويعقب ذلك عوارض شتى
واهم الاورام المجاورة هى الغوتر واورام الحجاب المتوسط اما الغوتر فانه يضغط على الحنجرة امامن احد جوانبها ويدفعها الى الجانب الآخر

فتعوج القصبة وترق وتنبعج في الجهة المضغوطة او ينضغط عليها من الجانبين معا فتبطط القصبة وترق جدرها المقدمة الخلفية وربما انسدت بالكلية تقريبا وصارت غضا ريفها رخوة بحيث يكفي لانحناء الرأس الى الامام لانسدادها التام ولذلك يلتزم المريض بجعل رأسه دائما متجهة الى الخلف لاجل اعتدال القصبة مدة اليقظة والنوم ويخشى من حصول الاسفكسيا والموت الفجائي اذا تحولت الرأس الى الامام مدة النوم الثقيل او الاغماء مثلا

واما اورام الحجاب المتوسط على العموم كالانورزما والخراجات والأورام الخبيثة والعقد اللينفاوية وتمدد الاوذين اليسرى للقلب ونحو ذلك فانها تؤثر بالضغط على الطرف السفلي للقصبة الهوائية او على شعبها الاصلية معا او على انفرادها وسنذكر شرح هذه الاورام في محلها

واما آفات جدرى الأنبوبة الهوائية فهى تتعلق عادة بالزهرى والدرن الحنجرى او الشعبي فيتسبب عنها ضيق القصبة او الشعب الاصلية او انسدادها او تشوهها وتكون اثر التحام او لجمة معيبة فيها وقد ذكرنا هذه الآفات ضمن امراض الحنجرة والشعب فلترجع

واما الاجسام الغريبة كحب البسلة والفول والعظام والحصا وقطع المعاملة التى تقع في القصبة من الخارج او الاسنان واللهاة والبوليبوس والأنبوبة الحنجرية التى تسقط في القصبة عقب العمليات الجراحية او قطع الغضاريف الحنجرية المتنكرزة والأجزاء الرخوة التى تتخلف من امراض الحنجرة وتسقط في القصبة فان بعضها قد يستمر متحركا فيها مع هواء الشهيق والزفير بحيث يحس بحركته بوضع الاصبع على القصبة من الخارج ولكن اغلبها يثبت في نقطة من الشعب الاصلية واغلب

ثباته فى الشعبة اليمنى او لحد فروعها الكبيرة ودخول الاجسام الغريبة فى الشعبة اليمنى اكثر من اليسرى بسبب لانحراف فتحة الشعبة اليسرى عن محور قطر القصبة الى اليسار قليلا واستمرار اتجاه فتحة الشعبة اليمنى فى اتجاه قطر القصبة الهوائية وفى بعض الاحيان يتزحزح الجسم الغريب بالسعال عن الشعبة اليمنى ثم يسقط فى اليسرى او يحصل العكس على التوالى

(الاعـراض) مهما تنوع السبب الذى يسد القصبة فانه يتصف بعسر التنفس الذى يتميز بعدم فقد الصوت معه ويكون شهيقيا ولا يصحبه انخساف فى الجسم الشراسيفى والاضلاع الكاذبة الا اذا وصل الانسداد الى درجة كبيرة

ويصحب عسر التنفس القصبى صوت فرقعة وخرخشة تسمع احيانا على بعد ويمكن سماعها من خلف القص وفى الاجزاء المختلفة من جدر الصدر بدرجة قوية حتى انها تغطى على الخرير الحويصلى الرئوى ولاجل سماعها بالدقة يوضع السماع على القصبة الهوائية المارة فى العنق ويصغى بها وبهذه الطريقة يمكن تعيين مجلسها ومتى تقدم عسر التنفس يتضاعف بنوب اختناق قوية وسيانوز شديد ربما يؤدى الى الوفاة وتتعلق هذه النوب احيانا بتشنج لسان المزمار عقب ضغط العصب الراجع وفى احوال اخرى لا يتشنج لسان المزمار مطلقا وتتسبب نوب الاختناق عن الاحتقان او الاوزيما الحادة التى تعقب تهيج الغشا المخاطى للقصبة او تجمع المواد المخاطية فى الاجزاء الضيقة الباقية من القصبة او القصر [illegible] عضلات القصبة نفسها (جريستو) ولا تجدى عملية الفطع الحنجرى هنا نفعا

وقد يشتكى المريض بألم وضيق فى الصدر فى [illegible] [illegible]

وبصاق مخاطي او ملون بالدم على حسب الأحوال
ثم ان الانسداد قد يصيب شعبة واحدة وفي هذه الحالة تتنوع الاعراض
وتختلف على حسب انسدادها فان كان تاما يفقد الخرير الحويصلي
في الجهة المصابة وتنقص حركات الاضلاع والحجاب الحاجز فيها ويفقد
الاهتزاز الصوتي وتستمر الزنانية وعما قليل يحصل هبوط الرئة في الجهة
المصابة فتزول الزنانية وتهبط جدر الصدر على نفسها وتصير اصغر
بكثير من الجهة الثانية واما اذا كان انسداد الشعبة غير تام فانه يسمع
في حناء فوهة الرئة اصوات شخير وصفير ودوي بين العامود الفقري
واللوح في الجهة المصابة او تسمع خراخر مخاطية وتحس اليد عند وضعها
على جدر الصدر باهتزاز واضح
وقد ظهر بالتجارب في الحيوانات ان انسداد الشعبة اذا كان تاما فجائيا يوجب
هبوط الرئة المسامتة وانقيز بها الرئة الثانية بدرجة ربما وصلت
الى تمزق حويصلاتها ويموت الحيوان فجاءة مالم يفتح تجويف الصدر
في الجهة المصابة فانه في هذه الحالة يتأخر الموت وبناء عليه يمكن
اعتبار هذه النتيجة في المعالجة واتباعها عند الضرورة
ثم ان انسداد القصبة الهوائية يتسبب عنه كما ذكرنا التهاب موضعي
قد يصل الى درجة التقرح والانثقاب ويصحبه التهاب شعبي وتمدد في
الشعب والتهاب رئوي قد ينتهي بغنغرينة الرئة او خراجها او يصحبه
التهاب بليوراوي وانثقاب البليورا ومضاعفة بانسكاب صديدي
هوائي خطر ويمكن مشاهدة هذه المضاعفات فيما اذا كان السبب
جسما غريبا ولم يمكث الا مدة قصيرة وانقذف الى الخارج بعد تهيج
القصبة والشعبة ولكن الغالب حينئذ انصراف العوارض وحصول
الشفا

وسير المرض ومدته وانتهاؤه تختلف باختلاف السبب والغالب ان تكون مدته طويلة وتستمر بعض اشهر او بعض سنين

(التشخيص) يستيقن الطبيب عن دخول الاجسام الغريبة في القصبة من سوابق الشخص وتعريفاته عادة ولكن الاطفال ومختلوا العقل وامثالهم قد تدخل الاجسام الغريبة في حناجرهم بدون شعورهم اولا يعترفون عنها وقد يصل الجسم الغريب الى القصبة في حالة الاغماء من غير علم الشخص ومتى استيقظ يحس بعسر في التنفس ولا تمكنه ارشاد الطبيب وفي هذه الاحوال يمكنه الوصول الى معرفة السبب بالبحث عن الأعراض او بالمنظار الحنجري

ويشتبه عسر التنفس القصبي بعسر التنفس الحنجري بانه في الحالتين شهيقي ولكن متى كان مجلسه القصبة فلا يصحبه فقد الصوت ومع ذلك فانه في بعض الأحوال يكون عسر التنفس الحنجري ايضا غير مصحوب بفقد الصوت كما يشاهد ذلك في شلل العضلات المبعدة للاحبال الصوتية وفي احوال اخرى يكون عسر التنفس القصبي بالعكس مصحوبا بفقد الصوت او ضعفه جدا بسبب عدم كفاية مقدار هواء الزفير لاهتزاز الاحبال الصوتية وغير ذلك وايضا متى كانت الحنجرة مصابة بالزهري وامتدت الاصابة الى القصبة الهوائية فانه قد يحصل عسر التنفس في القصبة ويصحبه حينئذ فقد الصوت واذا اجريت عملية القطع الحنجري غلطا فانها لا تفيد بشيء واخيرا يصحب عسر التنفس القصبي الناشيء من ضغط انوريزما الاورطي غالبا اختناق حنجري بسبب شلل العضلات التنفسية عقب ضغط العصب الراجع مع القصبة فيستنتج من ذلك ان عسر التنفس وحده سواء كان مصحوبا بفقد الصوت اولا لا يكفي في التشخيص فيلزم الاستعانة بعلامات

اخرى وقد اوصى (جيرارد) بالتامل فى حركات الحنجرة فانها لا تنخفض زيادة عن ١ سنتيمتر فى عسر التنفس القصبى واما فى عسر التنفس الحنجرى فانها تنخفض زيادة على ذلك بكثير واتجاه الرأس ايضا يختلف فى المرضين فتتجه الى الامام قليلا وتنخفض الذقن لاجل استرخاء القصبة فى عسر التنفس القصبى واما فى عسر التنفس الحنجرى فان الرأس تتجه الى الخلف بقدر الامكان

وفى الاحوال التى لم يزل التشخيص فيها مبهما يمكن استعمال المنظار الحنجرى لاجل البحث عن القصبة الهوائية بالطريقة التى اوصى بها (تورك) وهى ان يجلس المريض بحيث يكون جذعه وعنقه فى وضع عامودى ما امكن ويوجه رأسه الى الامام قليلا كى تصير الحنجرة والقصبة على خط واحد ثم يجلس الطبيب امامه واسفل منه قليلا ويستحضر ضوءاً قويا يوجهه باستقامة داخل الحنجرة او من اسفل الى اعلا قليلا ويوضع المرآة الحنجرية على اللهاة من الامام قليلا بحيث يكون سطحها مستويا امام فتحة المزمار وبهذه الطريقة يمكن مشاهدة تجويف القصبة الى غاية تشعبها واستكشاف الاجسام الغريبة او الاورام الموجودة فيها ورؤية نبضات الاورام الانوريزمية

ومن المهم فى التشخيص التذكر بان اهم الاسباب التى يعقبها ضيق القصبة وانسدادها هى الاصابات الزهرية وانوريزما الاورطى واما انسداد الشعبة اليسرى فيرتبط غالبا اما بالانوريزما او باورام الحجاب المتوسط الاخرى وحصول الاعراض الفجائية بعقب غالبا دخول الاجسام الغريبة

(المعالجة) معالجة انسداد القصبة يتبع معالجة الامراض التى سببته اذا كانت قابلة للعلاج كالاورام الزهرية مثلا واذا

كان السبب دخول الاجسام الغريبة فيلزم اجراء عملية القطع الحنجرى واستخراجها حالا وبعضهم يوصى باعطاء مقىء وتنكيس الشخص على رأسه لاجل سقوط الجسم الغريب من فتحة المزمار ولكن ذلك لا يخلو من الخطر والاصوب تنكيس المريض على رأسه بعيد اجراء عملية القطع الحنجرى لاجل سقوط الجسم الغريب من الانبوبة المعدنية او تقاربه منها وسهولة القبض عليه

الفصل الرابع فى امراض الشعب

امراض الشعب اهمها التهاب الشعب وتمددها والنزلة الوافدة والسعال الديكى والربو ونبتدى بذكر بعض الاعراض العامة لها ثم نشرح كل آفة على حدتها على النسق المذكور فنقول

اولا فى الاعراض العامة للامراض الشعبية

(السعال) يوجد السعال دائما فى التهاب الشعب ويكون غالبا صعبا وصوته قوى ويكون متباعدا عن بعضه متعاقبا على نوب سريعة او بطيئة وقد تحصل نوبة سعال فجائية تنتهى بقىء ... السعال ويزداد عند الاضطجاع وكذا عند استيقاظ المريض صباحا وذلك بسبب تجمع الافرازات الشعبية مدة الليل اى يحس المريض بتهيج فى نقطة محدودة من القصبة يوجبه السعال او يحس بدغدغة غير محدودة لا يمكنه تعيين محلها بالدقة واما ... فاوصافه تختلف جدا فى الأمراض الشعبية والاصوب ذكره مع الخصوصيات

(عسر التنفس) يتعلق عسر التنفس بانسداد الشعب الصغيرة فيمنع وصول الهواء الى الخلايا الشعبية ويتصف عسر التنفس هنا بانه زفيرى لا شهيقى (ربحل) اى ان الشهيق فيه عادة سريع وسهل بخلاف الزفير فانه متعسر و... واحيانا يتعسر الشهيق والزفير معا واما عسر الشهيق وحده الذى سنذكره فى آفات الحنجرة والقصبة فانه لا يوجد فى التهاب الشعب

ابداً ويمكن تفسير صعوبة الزفير هنا بشلل الانياف العضلية للشعب
ومما يميز عسر التنفس الشعبي ايضا سيما عند الاطفال هو ان الزفير
يتبعه الشهيق حالا ويعقب الشهيق زمن الراحة وهذا بخلاف التنفس
الضيق فان زمن الراحة فيه يعقبه الزفير دائما
وقد يكتسب عسر التنفس الشكل الجلوسي فيمضي المريض ليله مستندا على
الوسادات مثلا ولكن ذلك يدل عادة على مضاعفة الآفة الشعبية بالانفيزيما
الرئوية او بآفة في القلب
ومتى اشتد عسر التنفس يعقبه زرقة سيانوزية في الوجه والأيدى وربما تصل
في الوجه الى درجة الاحتقان الشديد والبقع الاردوازية مع تمدد اوردة
العنق وحصول النبض فيها عند انقباض البطين اليمنى وظهور الأوردة الشعرية
السطحية على العموم وهذا الاحتقان الوريدى يميز عسر التنفس الشعبى
من عسر التنفس في السل الرئوى والكروب وآفات القلب والكلا الذى
يصحبها عادة بهاتة واضحة
(الألم) يشتكى المريض في الغالب باحساس مؤلم خلف القص او بقرب
قمة الصدر من الجهتين ولكن ليس للالم ثبات في الأمراض الشعبية
وقد يتسبب عن السعال الذى يأتى على نوب صعبة حصول تألم في عضلات
جدر الصدر او في حذاء ارتباط الحجاب الحاجز في قاعدة الصدر او
في القسم الشراسيفي ومما يزيد الاحساس هنا احتقان الكبد الذى
يعقب اعاقة الدورة الوريدية
(العلامات الطبيعيه) صوت القرع لا يتنوع عادة في الالتهابات الشعبية
مالم تتضاعف بأمراض رئوية او بليوراوية واما بالتسمع فانه يستشعر
بتنوع في الخرير الحويصلى او يحس بضعف فيه او يكون مفقودا بالكلية فيما
اذا كانت الشعب الصغيرة منسدة بالافرازات الشعبية وفي هذه الحال تمكن

اعادته متى كلف المريض بالسعال بقوة مرتين او ثلاث مرات
وقد يكون صوت التنفس الشعبي قويا قريبا من النفخ الشعبي لكنه يتميز بكونه يصحب
الشهيق والزفير معا ويعم الصدر في اتساع كبير من الجهتين ومن المعلوم ان النفخ الشعبي
يصحبه ما لم يكن في حذاء القص او بين اللوحين فانه يصحبه اصمية في صوت القرع ولا يشاهد
في امراض الشعب نفخ شعبي حقيقي وتسمع في الالتهابات الشعبية
الغاط جديدة تختص بالشعب في معظم انواع الخراخر فتسمع الخراخر المخاطية الخشنة
في الشعب الغليظة اذا كثرت فيها المواد المخاطية ودسر فيها هواء التنفس
وقد يستشعر بها المريض وتحس بها اليد الموضوعة فوق الصدر وهذه الخراخر تزول
عند سعال المريض بالبلغم وتنتقل في جهات الصدر على حسب تجمع المواد المخاطية
في الفروع المتشعبة وتسمع الخراخر الصفيرية في الشعب الصغيرة
عقب امتناع الاجسام المخاطية التي توجب ضيق تجاويفها ولذلك [illegible]
تحملها مدة ساعات او ايام متتالية ولا ينتج [illegible]
يقال لها صافرة او شخيرية او [illegible] او شبيهة بكون [illegible]
الى غير ذلك وتسمع الخراخر الفرقعية الرفيعة في عموم الرئة سيما في القاعدة
والخلف فاذا انحصرت في الجزء العلوي من الصدر تدل على وجود [illegible] درنية
ولا تكون الخراخر الفرقعية رنانة الا اذا تضاعف الالتهاب الشعبي بالتهاب
رئوي

(التشخيص) العلامات الطبيعية وحدها لا تثبت وجود الالتهاب
الشعبي فيلزم تقويتها بفقد العلامات الدالة على وجود امراض اخرى
سيما الدرن الرئوي الحبيبي المنتشر فلا يكفي تشخيص الالتهاب الشعبي بل
يلزم معرفة ما اذا كان هو المرض الاصلي او هو فقط تابع لمرض آخر
كالحصبة والحمى التيفودية والراشيتسم والدرن وآفات القلب وداء
برايت الخ

(التشريح المرضي) التهاب الغشاء المخاطي كالتهاب الجلد يصير اقل وضوحا في الجثة منه في مدة الحياة ويقل وضوحه في التهاب الشعب بسبب وجود الالياف المرنة فيها انما اذا كان الالتهاب شديدا يمكن مشاهدة احمرار الغشاء المخاطي وانتفاخه ووجود الافرازات المصلية القيحية في الشعب على هيئة سائل مصفر او مسمر او مخضر وانما اذا كان الالتهاب خفيفا قليل الوضوح والافرازات قليلة يمكن استكشافها بكشط حافة الرئة ثم عصرها نحو القطع فيبرز القيح من فتحات الشعب على هيئة نقط مصفرة

واما بالبحث الميكروسكوبي (تبع سوكوليف وهاميلتون) فانه يشاهد في ابتداء الالتهاب الشعبي انفصال الخلايا ذوات الاهداب بعضها على حالته الطبيعية والبعض مستحيل الى الحالة الشحمية ثم تتكون الكرات البيضا في نسيج الادمة وتوجب ارتشاحها وانتفاخها فتزول الثنيات المستطيلة الموجودة على سطحها طبيعة وتصير ملسة وتنتفخ الغدد المخاطية وتتكاثر الخلايا البشرية فيها مع زيادة افراز المادة المخاطية القيحية ويظهر الافراز القيحي على سطح الغشاء المخاطي ايضا ويمتزج بالخلايا ذوات الاهداب والكرات البيضا والخلايا البشرية والمادة المخاطية وبانضمام اللعاب اليها مع الفقاعات الهوائية حال خروجها من الفم يتكون البصاق

ومتى ازمن الالتهاب الشعبي يصير الغشاء المخاطي املسا باهتا او مسمرا قليل الوعائية والياف العضلية ضامرة او ضخمة والغضاريف تنكمش وتضمر وتنتهي بالزوال والغدد المخاطية تكون منتفخة وفتحتها متسعة او تكون ملتهبة ومتقرحة ولكنها تفسد اخيرا وتزول

المبحث الاول في الالتهاب الشعبي

الالتهاب الشعبي مرض كثير الحصول ومجلسه الغشاء المخاطي للمسالك

الهوائية من ابتداء القصبة الى غاية الشعب الدقيقة فاذا كان مقتصرا على القصبة وحدها يسمى بالتهاب القصبة ولكنه لا ينحصر فى القصبة الهوائية الا فى احوال استثنائية والعادة انه يمتد الى الشعب ولذلك اطلقت لفظة الالتهاب الشعبى فى الاكلينك على التهاب القصبة والشعب معا

والتهاب الشعب اما ان يكون نزليا حادا يزول فى مسافة بعض ايام الى بعض اسابيع واما ان يكون مزمنا يدوم عدة اشهر او سنوات او مدة حياة الشخص وفى النادر يكون جزئيا قاصرا على بعض الفروع الشعبية او على رئة واحدة وفى العادة يكون عاما للرئتين ويكون حينئذ قاصرا على الشعب الكبيرة او الشعب الشعرية ويقتضى دراسة هذه الانواع على حدتها فبعد شرح الالتهاب الشعبى النزلى الحاد البسيط والشعبى الشعرى نتبعه بشرح الالتهاب الشعبى المزمن وتمدد الشعب ثم نشرح الالتهاب الشعبى الليفى اى الغشائى الكاذب والالتهاب الشعبى الزهرى

اولا فى الالتهاب الشعبى النزلى الحاد

(الاسباب) النزلة الشعبية الحادة اما ان تكون ذاتية او تابعية فالنزلة الذاتية تشاهد غالبا فى الفصول الباردة الرطبة وفى بعض الاشخاص استعداد لها بحيث يصابون دائما فى فصل الربيع او عند قدوم الشتاء واستنشاق الهواء البارد تعقب تاثير اقل برد على جزء من الجسم وكذلك متى اشتدت الحرارة فى فصل الصيف وكثر العرق يسهل حصول الالتهاب الشعبى عقب تاثير البرد الناشئ من تيار الهواء على الجسم المندى بالعرق وهو المشاهد غالبا فى البلاد المعتدلة والحارة وفى مصر والهند

والسن مهيئ لاستعداد النزلات الشعبية لاسيما سن الطفولية والشيخوخة وفى الاطفال تشاهد النزلة الشعبية بالاكثر بعد سن السنة الثانية

الى التلاوف سنين وضعف البنية يجعل الشخص ايضا مستعدا لها سوا كان الضعف آنيماويا او كاشيكسيا وكذا البنية الخنازيرية والراشتيكية والديابيطس والنقرصى والسكر المزمن وداء بريت والحميات الاجامية والامراض المضعفة على العموم تهيئ النزلات الشعبية

ومن الاسباب المتممة للنزلات الشعبية استنشاق الابخرة والاتربة المهيجة وبعض الادوية كيودوز البوتاسيوم وكذا المجهودات التنفسية كالصياح والغنا والنفخ فى الآلات الموسيقية وفى هذه الاحوال يمتد الالتهاب غالبا من الحنجرة الى الشعب

واما الالتهاب الشعبى التابعى فانه يصحب امراض الرئة والقلب غالبا وقد يتبع التهاب الحنجرة ويشاهد فى سير بعض الامراض الحمية العفنة كالحصبة والقرمزية والجدرى والحمى التيفودية والنزلة ونحوها

(التشريح المرضى) توصف النزلة الشعبية الحادة باحتقان الغشا المخاطى واحمراره وتمدداوعيته بدرجة مستوية اوعلى هيئة تشجر بقعى وقد يصحبه انسكابا يكيموزى نقطى وينتفخ الغشا المخاطى ويلين ويرتشح بنضح لنفاوى ويصير هشا سهل التمزق وسطحه يفقد لمعانه ويصير كابيا جافا فى الابتداء ثم يزداد افرازه ويكثر على سطحه على هيئة سائل لزج او مخضر او صديدى

وحيث ان النزلة الشعبية البسيطة لا تحدث الموت فلا يمكن مشاهدة هذه الآفات الا فى وجود النزلة الشعبية بالصدفة عند من يهلك فجاءة بسبب اخر ولا يشاهد فى الجثة حينئذ الا انتفاخ الغشاء المخاطى وافرازاته واما الاحتقان التشجرى فانه يزول غالبا فى الجثة

(الاعراض) اذا كان الالتهاب خفيفا لا تصحبه حمى تقريبا او يحس المريض

بتكسر وصداع خفيف ويستشعر بدغدغة فى الصدر خلف القص توجب السعال الذى يكون فى الابتداء جافا عنيفا نوبيا والبصاق نادرا مصليا مسمرا ثم يصير السعال رطبا سهلا والبصاق مخينا صديديا مخاطيا وينتهى المرض بالشفاء فى مسافة اسبوع تقريبا

واما اذا كانت النزلة شديدة فانه يسبقها تكسر عام وقشعريرة وحمى تزداد فى المساء ويحصل صداع و تفقد الشهية ويضطرب الهضم ويتغطى اللسان بطبقة مبيضة او مصفرة ويحصل تهوع او قىء وامساك وقد تصل هذه الاعراض عند الاطفال الى درجة شديدة بحيث يتعذر الحكم هل ابتداء المرض عندهم بالشعب او بالجهاز الهضمى ويعسر التنفس ويصير صفيريا والسعال صعبا جافا فى الابتداء وبتكرار نوبه يتهيج الالم فى ارتباط العضلات بين الاضلاع والحجاب الحاجز وربما اعقبه قىء مخاطى او غذائى وربما حصل منه احتقان مخى او رعاف ويشتد السعال غالبا عند اضطجاع المريض

ويشتكى المريض بتألم خلف القص وبطول القصبة وبالضغط عليها يتحرك السعال وبقرع الصدر توجد الرنانية تامة وبالتسمع توجد خراخر صفيرية او شخيرية فى جهتى الصدر

وبعد مضى ٣ الى ٥ ايام يترطب السعال (دور الطبخ للاقدمين) وتخف الحمى ويتكاثف البصاق ويصير مصفرا او مخضرا ويسهل التنفس وتظهر فى التسمع الخراخر الرطبة المخاطية والفقاعية فى الشعب الكبيرة والخراخر الفرقعية الرطبة فى الشعب الصغيرة ويستمر التحسين حتى ينتهى المرض بالشفا فى مدة ١٠ الى ١٥ يوما واحيانا يسبق الشفا حركة بحران تتصف بزيادة البول ورسوبه او اسهال خفيف

وفى بعض الاحيان يزداد الافراز الشعبى بافراط فيملأ المسالك الهوائية

ويكثر الخراخر المخاطية ويضعف الخرير الحويصلى واذا لم يتيسر للمريض تسليك الشعب وتنظيفها تحصل اعاقة فى التنفس فيصير ضعيفا سطحيا وتنحط قوى المريض ويضعف ادراكه وتبتدى ظواهر الاسفكسيا التى قد تصل الى درجة الهلاك ويعبر عن ذلك بالالتهاب الشعبى الاختناقى وهو يشاهد عادة عند الشيوخ والاطفال وضعفى الجسم والمتهكين بامراض سابقة والمصابين بضمور العضلات الصدرية او بتشوه راشيتيكى فى الصدر والعامود الفقرى

واما انتهاء الالتهاب بالحالة المزمنة وامتداده الى الشعب الشعرية فسنعود الى الكلام عليه قريبا

(التشخيص والانذار) تشخيص النزلة الشعبية الحادة سهل بالنظر الى العلامات التى سبق شرحها وانذارها حميد عادة ماعدا النزلة الاختناقية عند الاطفال والشيوخ الضعيفى البنية فانها قد تنتهى بالوفاة

(المعالجة) فى الاحوال الخفيفة يكفى ملازمة المحل وحفظ الدرجة الجوية مستوية معتدلة واستعمال جرع صدرية اومعرقة اومقدار منقت من عرق الذهب ولاجل تلطيف الالم خلف القص توضع عليه ورقة خردل او لبخة من بذر الكتان او قطعة فانيلا مدفاة مرشوشة بروح الترمنتينا وتفعل التبخيرات اللينة لاجل تلطيف السعال او تعطى جرعة مسكنة مشتملة على شراب المورفين وماء الغار مثلا واذا تراكم الافراز فى الشعب تعطى المنفثات والمقيئات وفى الاحوال الشديدة يضاف لما ذكر استعمال المحاجم الجافة على الصدر والاطراف ووضع اسقة التايسيا على الصدر اوالمراريق

ولاجل تدارك رجوع النوازل يلزم تقوية الجلد والجسم بالماء البارد

والرياضات

والرياضات وتجنب السكنى فى المحلات الرطبة واختيار المحلات الجافة المكشوفة

ثانيا فى الالتهاب الشعبى الشعرى

الالتهاب الشعبى الشعرى هو التهاب الشعب الدقيقة وهو يعقب عادة النزلات الشعبية وهو مرض خطر جدا عند الاطفال والشيوخ لان ضيق الشعب الشعرية الطبيعى يتزايد عقب انتفاخ الغشا المخاطى وتراكم الافرازات الشعبية فيتعذر التنفس ويهلك المريض بالاسفكسيا بسرعة ولذلك كان الاقدمون يعتبرون هذا المرض ضمن الالتهاب الشعبى الاختناقى

(الاعراض) قد يبتدئ الالتهاب الشعبى الشعرى من اول الامر ولكنه فى الغالب يعقب النزلة الشعبية المعتادة وفى هذه الحالة تنتقل الاعراض بالتدريج والغالب ان يسبق الالتهاب قشعريرة متكررة وتصحبه حركة حمية شديدة خصوصا عند الاطفال مع احتقان شديد فى الرأس وتوقد فى الوجه وعرق غزير وسرعة زائدة فى النبض وامتلائه وتوتره واهم الاعراض هو عسر التنفس والسعال

اما عسر التنفس فانه يصل بالتدريج الى درجة صعبة مهولة فيفعل المريض مجهودات شهيق مستمرة ولاجل ان تكون عضلات الشهيق فى احسن وضع موافق لفعله بقوة يجلس ويحنى الجذع الى الامام قليلا وترتكز ذراعاه الى الخلف وتتسع فتحات الانف وترتفع المجهودات الصدر ولا يمكنه النطق بكلمتين او ثلاث مرة واحدة وبالتأمل يرى ان انخفاض البطن وانجذاب القسم الشراسيفى تحت الاضلاع يزداد فى كل حركة شهيق وترى نفس قاعدة الصدر تنجذب الى الداخل عند الطفل وكذلك تنخسف الحفر فوق الترقوة والقص وتبقى الاضلاع العليا

ثابتة فى حركة زفيرها ئى ومع ذلك تتقدم الاسفكسيا ببطئ وتزداد حركات التنفس فتصل الى نحو الخمسين فى الدقيقة عند الكهل والى الثمانين عند الطفل ويصغر النبض ويتواتر ويتقطع وتزرق الشفتان ويبهت الوجه او يصير كالحا وتبرد الاطراف كلما تقدمت الاسفكسيا ولكن لايزال الصدر رنانا ولا يسمع فيه الاخرلغر صفيرية وفرقعية رفيعة عامة وفى آن ولحد يتعذب المريض بالسعال المتعب فيكون فى الابتداء جافا ولا يصحبه بصاق مصلى الا بعد مدة ايام ويتكرر السعال على نوب يتعاقب فيها السعال بسرعة حتى يحتقن الوجه بقوة وتبرز العينان ولا يبصق الا مقدارا واهيا من المخاط فى الابتداء ولكن متى كان الانتهاء حميدا يترطب السعال ويسهل ويصير البصاق مخاطيا قيحيا لزجا او قيحيا صرفا وفيه الفقاعات الهوائية بكثرة ومقداره وافر جدا وتهبط الحمى ويخف عسر التنفس شيئا فشيئا ولكن لا ثبات للشفا هنا فكثيرا ما تعقبه نكسات خطرة تعجل الهلاك

وعلى العموم ينتهى الالتهاب الشعبى الشعرى بالموت بالاسفكسيا عند الذين معهم ضعف او ضمور فى العضلات الصدرية او تشوهات الرشيتيكية وعند الاطفال يزداد الخطر كلما كان السن حديثا وبفتح جثث الهالكين بالالتهاب الشعبى الشعرى يوجد زيادة عن الآفات المذكورة فى العموميات تمدد زائد فى الشعب الصغيرة فيصل قطرها الى نحو السنتيمتر بعد ان كان ٢ ملليمتر وتكتسب الشعب المتمددة شكلا اسطوانيا او مغزليا وتشاهد توجد ممتلئة بالصديد ويحدث التمدد المذكور من تراكم افرازات الشعب وشلل عضلاتها الملسة

ويتضاعف الالتهاب الشعبى الشعرى غالبا بهبوط النسيج الرئوى وبالالتهاب الرئوى الفصيصى اى الشعبى الرئوى وسنشرحهما عند الكلام على

امراض

امراض الرئتين

(التشخيص) الخراخر الصفيرية الصغيرة والفرقعات الدقيقة وعسر التنفس الحلوسى الشديد يكفى لتمييز الالتهاب الشعبى الشعرى عن الالتهاب الشعبى البسيط الذى تكون فيه الخراخر مخاطية فقاعية او صفيرية ويكون عسر التنفس خفيفا وتمييز الالتهاب الشعبى الليفى الذى يصحبه عسر تنفس شديد بخروج الاغشية الكاذبة فى البصاق على هيئة اسطوانات متفرعة واما احتقان الرئتين الاحتباسى والاوزيما الرئوية التى تشاهد فى داء برايت وآفات الصمامات القلبية التى تعيق الدورة الرئوية فانها وان اصطحبت بالفرقعات الدقيقة وعسر التنفس الشديد الا انه لا يصحبها حمى ولا يشاهد فيها السعال والبصاق ولا السير التدريجى للنزلة الشعبية الشعرية

واما تمييز الالتهاب الشعبى الشعرى عن الدرن الرئوى الحاد فسنذكره عند الكلام على الدرن الرئوى والاهم فيه عدم وجود الباسيل هنا

(الأسباب) لا يشاهد الالتهاب الشعبى الشعرى وحده الا فى بعض الاحيان عند الكهول والغالب تضاعفه بالالتهاب الرئوى عند الاطفال والشيوخ

ويكون الالتهاب الشعبى الشعرى عارضيا فى امراض شتى كالحصبة والسعال الديكى والنزلة الوافدة والحمى التيفودية والدفتيريا وقد يكتسب شكلا وبائيا فى الفصول الباردة الرطبة

(المعالجه) لاجل تلطيف الالتهاب تستعمل المحولات كالحراريق او المحاجم الجافة عند الطفل والمحاجم الرطبة عند الكهل واذا كان قوى البنية لا بأس من فعل الفصد ثم يسرع فى تسهيل الافرازات الشعبية

وترطيب السعال باعطاء المركبات الانتيمونية والقرمز وعرق الذهب بمقدار منفث لدرجة الغثيان وبعضهم يوصى باستعمال الصبغة الايتيرية للوبيليا بمقدار ١ جرام الى ٣ يعطى على مرات متقاربة واذا كان الشخص ضعيفا لا توافقه المنفثات تعطى له الترمنتينا او النوشادر اليلسولى

ويلزم حفظ جوحول المريض فى درجة حرارة مستوية وفى حالة رطبة مستمرة بغلى الماء قريبا من فراشه وانما يلزم الاعتنا فى حفظ حرارة المحل مستوية لان اقل انخفاض فى الحرارة حينئذ يوجب زيادة البرودة بجول المريض بسبب تندى الفرش والناموسية من بخار الماء ويمكن تلطيف الاعراض زيادة اذا اضيف للماء عصارة الكونيوم اوكلورات البوتاسا او ملح النوشادر وتوضع على الصدر لبخة عريضة تحيط به ويمكن اضافة روح الترمنتينا اليها اودقيق الخردل لاجل تحمير جلد الصدر والاستحمام على العمو ل مفيد

وبعد مضى بعض ايام يمكن استعواض الادوية المنفثة بمغلى البوليجالا اويصل العنصل ويضاف اليها بعض المسكنات كالمورفين وماء الغار لاجل تسكين نوب السعال

ويمكن استنشاق الاوكسجين ضد ظواهر الاسفكسيا وعلى كل حال يلزم الاعتنا فى حفظ قوى المريض فتعطى له الامراق والالبان وجرعة مقوية اوكولية والكونياك والشامبانيا

ويمكن ان يعطى فى اليوم لطفل سنه سنتين جرعة تحتوى على ١٢٠ جم من نبيذ ملاجا و ٤٠ سنتيجم من خلات النوشادر او النوشادر اليسولى

ثالثا فى الالتهاب الشعبى المزمن

(الاسباب) يكون الالتهاب الشعبى فى النادر مزمنا من اول الامر

كما يشاهد عند الشيوخ والعادة انه يكون تابعيا للالتهاب الحاد وخصوصا عند الاشخاص ذوى البنية الخنازيرية او النقرصية او الدياتيزية

(الاعراض) يتصف الالتهاب المزمن بالسعال الذى يأتى على نوب طويلة صعبة يتكرر عادة فى المساء والصباح او عند المشى السريع والتكلم المستطيل ويعقبها خروج مقدار وافر من البلغم ويكون البصاق حينئذ كثيفا مصفرا او مخضرا (نزلة مخاطية لاينك) او يكون مائعا رخويا زلاليا (نزلة مصلية او رشح شعبى مصلى) او يكون البصاق نادرا جافا شبيها بالنشا المطبوخ او مستديرا شبيها بالخرز (نزلة جافة لاينك) واحيانا يخرج مع البصاق مادة متجمدة مرنة كالشعيرية متشعبة او اسطوانية قد يصل طولها الى ١٠ او ١٥ سنتيمتر لونها مبيض وطبيعتها مخاطية (موسين) لا يلزم التباسها بالاغشية الكاذبة الدفتيرية وقد يكتسب البصاق رائحة كريهة (نزلة شعبية منتنة) ومع ذلك فان التنفس يكون فى الابتداء سهلا ولا يستحس فيه بصعوبة الا عند المشى بسرعة او طلوع سلم او فعل مجهودات اخرى ولا يوجد الحمى اصلا او تكون خفيفة جدا ولا تضعف الشهية الا قليلا ولا تتنوع رنانية الصدر ولكن بالتسمع توجد الخراخر المخاطية والشخيرية التى ربما اشتبهت بقراقر الكهوف

(السير والانتهاء) سير الالتهاب الشعبى المزمن ليس له قرار فانه قد يتحسن او يزول تقريبا ثم يعود على مرات وقد يزول فى الصيف ويسلطن فى الشتا ولا يتم شفاؤه الا فى الاحوال المستجدة ويقل الشفا كلما طالت مدته ولكن مع الاحتراس وتجنب البرد ربما يعيش المريض عمرا طويلا ما لم يطرأ عليه مرض عارض خطر كالاحتقان الرئوى والالتهاب الشعبى الرئوى والانفيزيما الرئوية وآفات القلب الايمن

والامراض التابعة لهذه الآفات كامراض الكبد والمعدة والكلاو والاستسقا الى غير ذلك ومن المضاعفات المعتادة للالتهاب الشعبي المزمن تمدد الشعب ونتائنها

(التشخيص) يلزم الاعتناء في تمييز الالتهاب الشعبي المزمن البسيط الذاتي عن النزلات الشعبية المزمنة التابعية لآفات القلب وصماماته وداء برايت والمصاحبة للربو والانفزيما الرئوية

(التشريح المرضي) تنحصر الآفات التشريحية المرضية في كثافة الغشاء المخاطي واستحالته الى الحالة الليفية وظهور تقرحات وتولدات لحمية على سطحه ومضاعفاته بآفات الانفزيما الرئوية والتمدد الشعبي

(المعالجة) الادوية النافعة في الالتهاب الشعبي عديدة والصعوبة في اختيار الموافق منها في الحالة الراهنة والمقصود منها اعادة تنويع الغشا المخاطي وتنظيفه

فاذا كان السعال جافا يعطى له عرق الذهب مع ملح معتدل كنترات البوتاسا او برومور النوشادر او برومور البوتاسيوم او بصل العنصل وتعطى له المسكنات كالافيون والمورفين وصبغة الكافور المركبة فانه يعقب تعاطيها غالبا استراحة للمريض فيستيقظ في حالة انتعاش وانشراح وانما يحترس من المخدرات فانها ربما تعيق خروج البلغم فلا يلزم استعمالها عند وجود صعوبة في التنفس وظواهر اسفكسيا

واذا كان البصاق لزجا غزيرا يعطى له ملح النوشادر والنوشادر الينسوني بقدر نصف جرام الى جرام مع شراب الليمون او الربسوس لاجل تلطيف طعمه او يعطى له يودور البوتاسيوم او القلويات

واذا كان البصاق مائعا غزيرا امكن استعمال البلاسم كالطولو و ... والترمنتينا والقطران والصمغ الراتنجي كالحلتيت

وتستعمل هذه الادوية من الباطن او تبخيرا او رذاذا يستنشقها المريض
وبعضهم يرجح استعمال الكريوزوت نبيذا واليود وفورمحبوبا والمرتول
خرزا والتربين حبوبا من ½ جم الى ١ جم والكالبنتول من ٤ الى ١٠ جم
واذا تراكمت الافرازات وملأت الشعب عند الشيوخ وضعفاء البنية
يلزم المبادرة باعطاء مقيئ لاجل خروجها ويرجح البارامورفين
فى الاحوال التى تحتاج الى السرعة ثم تستعمل المنبهات كالانبذة والكافور
وحمض الجاويك والمسك ونحو ذلك
وفى المانيا يستعمل الهواء المضغوط لاجل التنفس فيه او يفعل الزفير
فى الهواء المتخلخل بالصناعة طبقا لطريقة المعلم والدنبورج
وفعل ذلك يكون فى اودة مخصوصة مستعدة لذلك او بواسطة
جهاز نقالى يستعمله المريض فى منزله
وضد الاستعداد الخنازيرى تعطى المركبات اليودورية وزيت السمك
وتعطى المركبات الزرنيخية ضد الاستعداد الدياتيزى وعند الامكان
يرسل المريض الى المياه المعدنية الكبريتية والملحية والقلوية كمياه
كوترية وهوندورو بوربول وايمس وتمضى الفصول الباردة
فى البلاد المعتدلة او بجوار الغابات الراتنجية وان لم يتيسر
ذلك يلزم تجنب الخروج فى الهواء البارد
ويلزم الاعتناء فى غذاء المريض وترجيح الاغذية الرخوة والسائلة مع
استعمال المياه المعدنية الموافقة شربا ولا تستعمل انبذة ولا الجبنة
ولا الحلويات فانها تهيج السعال عند الكثير

رابعا فى تمدد الشعب

اول من شرحه لاينك ولا يشاهد التمدد الشعبى وحده الا فى
احوال استثنائية ويكون فى العادة مصحوبا بآفات اخرى كالا...

الشعبي الرئوي المزمن واسكليروز الرئة او تلاشي نسيجها والالتهاب البليوراوي المزمن وانفزيما الرئة وتكبدها وضغطها الى غير ذلك (التشريح المرضي) تمدد الشعب على نوعين اسطواني وكيسي وتمييزهما مهم في الاكلينيك اما الاسطواني فانه يعرف بتمدد الانبوبة الشعبية بانتظام على طول مسيرها الى انتهائها تحت البليورا وانما يقل التمدد كلما قرب من الطرف البليوراوي بحيث يمكن تشبيهها باصبع الالدوان وفي بعض الاحيان تتسع الانبوبة كلما قربت من البليورا وقد يصل حجمها الى مقدار ريشة الوز او اكبر من ذلك وقد يشاهد في داخلها حواجز او لحمة ليفية توجب ضيق الانبوبة في حذائها وعدم انتظام شكلها الاسطواني ويبتدئ التمدد عادة من الانابيب المتوسطة ويستمر في الانابيب الشعرية ويمتد وابتداؤه من الانابيب الاكبر حجما واذا اصيبت الشعب في جملة محلات يكون اشاهدتها فعل الشق بالرئة فترى فتحات الانابيب المتمدده واضحة على سطح الشق ويبرز منها مقدار وافر من القيح او تكون فارغة هابطة يمكن اتباع سيرها بالمقص بسهولة

واما التمدد الكيسي فانه يعرف بتكون تجاويف على سير الانبوبة الشعرية اما بشكل كيسي او دورق أعور اي متصل بانبوبة شعرية وقاعه منسد وهو نادر ويكون في الغالب ذا فتحات عديدة توصله بالانابيب المجاورة فيكتسب هيئة أزيناتا القلب وقد تنسد فتحات الكيس كلها فينعزل من الانابيب الشعبية ويمتلئ بمادة جبنية منعقدة وقد يكون التمدد مستديرا ومتعاقبا في الانبوبة بحيث يكتسب هيئة السبحة واذا فعل شق في الرئة

تشاهد النقط الممددة على هيئة تجويف مستدير بانتظام او غير انتظام او بيضاوى فى قاعه قمة الانبوبة الشعبية

ثم ان التمدد المستدير والبيضاوى ينشأ من تمدد جدار الشعب عادة وأما التمدد الكيسى والدورق فانه فى الغالب يعقب تقرح الشعب بحيث يمكن تشبيهه بالانيوريزما وتسميته انوريزما الشعب وحجم التمدد يختلف بين حجم الفولة وبيضة الحمامة والانبوبة الشعبية المتصلة بالتمدد اما ان تكون ضيقة أو متسعة وممددة بدرجة مختلفة

ويمكن مشاهدة انواع التمدد الشعبى مجتمعة فى شخص واحد وبالبحث عن الانابيب الشعرية فى حذاء التمدد توجد التغيرات التى ذكرناها فى العموميات على حسب حالاتها وقدمها من ابتداء سقوط الخلايا الهدبية وارتشاح الأدمة الى غاية اضمحلال الألياف العضلية والمرنة والغضاريف نفسها وتكون الأدمة الشعرية على هيئة شبكة متوهجة واحيانا تشاهد تقرحات ونقط متغنغرة وتوجد فى الشعب مادة قيحية تحتوى على بللورات المارجارين والكوليسترين ورائحتها تفهة منوية أو منتنة

ومجلس التمدد الشعبى السبحى يكون غالبا فى قمة الرئة وأما التمدد الكيسى فيكون غالبا فى القاعدة وتصاب الرئة اليسرى أكثر من اليمنى فى نسبه ٢٦/٤ (بارت) وبالبحث عن النسيج الرئوى المجاور للانابيب الممددة يرى عادة انه مصاب بالانفزيما أو بالالتهاب المزمن والضمور الذى قد يصل الى درجة التلم ويصحب ذلك غالبا اضخامة العقد الليمفاوية الشعبية وليس من النادر وجود الدرن الرئوى الذى كان يظن قديما انه لا يصحب التمدد الشعبى

الاسباب يحدث تمدد الشعب كالانفزيما من ضغط هواء الزفير على جدار الشعب ويختلف مجلس التمدد على حسب درجة مقاومة الجدر ورخاوتها فيؤثر أولا على الانابيب المصابة بالالتهاب الشعبى ثم فى النقط المحاطة بالتهاب رئوى لأن الالتهاب يوجب لين الانسجة وفقد مرونتها ولذلك نشاهد تمدد الشعب غالبا عقب الالتهاب الشعبى الرئوى ويتكون التمدد بسرعة عند الاطفال المصابين بالسعال الديكى ويتكون ببطء عند الكهول عقب الالتهابات الشعبية وعند الشيوخ يصحب التمدد الشعبى الانفزيما الرئوية أو يحل محلها

(الاعراض) اعراض التمدد الشعبي تشتمل ابتداءً على اعراض الالتهاب الشعبي المزمن كالسعال النوبي وعسر التنفس الخفيف ثم تزداد هذه الاعراض شدة اذا اصطحب بالانفيزيما الرئوية ثم متى تزايد التمدد الشعبي نوى السعال يشتد شيئا فشيئا ويصحب بصاق غزير ربما يصل في اليوم الى ٣٠٠ او ٤٠٠ جرام ويخرج على مرات قليلا قليلا أو على اربع مرات أو خمس وفي بعض الاحيان يخرج ذلك المقدار فجأة فيسبقه سعال شديد مع الاحساس باختناق ثم يخرج البصاق بقوة على هيئة قيء شعبي ويعقب خروجه راحة موقتة وتحصل هذه النوب غالبا في الصباح عند القيام من الفراش

وبالبحث عن البصاق يوجد سائل مخاطي قيحي ذو رائحة تفهة منوية أو منتنة واذا وضع في مخبار ينفصل الى ثلاث طبقات طبقة سطحية تكون رغوية مخاطية قيحية داكنة أو مصفرة أو مخضرة وطبقة وسطى زلالية شفافة كالمصل وطبقة سفلى صفراء قذرة متكونة من كرات قيحية كبيرة مختلطة مع خلايا بشرية وبلورات المارجاريني والكوليسترين واحيانا يكون البصاق غامقا كالشكولاتا

وأحيانا يكتسب البصاق رائحة كريهة ويصير نفس المريض منتنا بكدر هواء المكان حول المريض

وقد تشاهد هذه الظاهرة في الالتهاب الشعبي الغير مصوب بتمدد متى تجمع الصديد وركد في نقطة محصورة من المسالك الهوائية وهذا ما يعبر عنه بالالتهاب الشعبي المنتن وتنسب الرائحة الكريهة (تبع تراوبا وديتريش) الى تكون سدد شعبية تسمى سدد ديتريش وبالتامل فيها توجد رخوة هشة ولونها اصفر مخضر وسخ ورائحتها منتنة وحجمها كالبسلة او الفولة وبالبحث عنها بالميكروسكوب توجد مركبة من كرات قيحية وحبيبات مختلطة بكرات دسمة وبلورات حوامض دسمة (او جافية) توجد فيها خلايا فطرية مستديرة أو مستطيلة أو سبحية أو خيطية ينسب اليها تلون البصاق بلون بنفسجي أو مزرق حتى صار معاملته بصبغة اليود (ويرشو) وبالبحث عنها كيماويا يوجد فيها غالبا بعض حوامض دسمة طيارة (حمض والبريانيك وبوتيريك) ولوسين وتيروزين ونوشادر وايدروجين مكبرت

ثم ان الرائحة المنتنة تختلف على حسب المريض فقد تكون شبيهة برائحة معمل

الصابون وقد تشبه رائحة الغائط أو تكون غنغرينية صرفا عقب تغنغر جزء من الغشاء المخاطى للشعب أو مزا للنسيج الرئوى وظهور الرائحة المنتنة ربما يوجب الخطر لسبب حصول الامتصاص العفن أو انتفاخ المفاصل وتألمها كما يحصل عقب الدوسنتاريا والسيلان المجرى مثلا ولكنها تحسن احيانا وتزول أو تستمر خفيفة مدة مستطيلة من الزمن بدون انضاح اضطراب الصحة

وفى بعض الاحيان يشاهد حصول النفث الدموى عقيب تمزق الشبكة الوعائية المحيطة بالتمدد الشعبى وذلك مما يوجب التباس الحالة بالدرن

وبالكشف على الصدر ربما يوجد فيه احيانا انبعاج أو انخساف فيما يقابل التمدد الشعبى ويتضح هذا الانخساف اذا اصطحب التمدد بالالتهاب البليوراوى المزمن ويشاهد بالاكثر فى الجزء المتوسط الخلفى من الظهر وبالقرع يوجد غالبا بعض اصمية فى حذاء التمدد وبالسمع توجد احيانا علامات الكهف ولكنها تختلف باختلاف حجم التمدد وتعدده وفراغه أو امتلائه بالافرازات وقد تتنوع العلامات بتنوع مضاعفات التمدد بالالتهاب البليوراوى أو الرئوى المزمن ولذلك يوجد تارة نفخ كهفى أو زلعى مع قراقر تدل على وجود تجويف وتارة يوجد نفخ أو صوت شعبى أو تكلم صفيرى

(السير والانتهاء) لا تصحب التمدد الشعبى البسيط حركة حمية واضحة وتبقى معه الشهية محفوظة والصحة تقريبا جيدة بحيث يتيسر للمريض تأدية اشغاله وانما يتأذى من افراط البصاق وضيق النفس الذى يتزايد عند المشى واما متى تضاعف التمدد بالرائحة المنتنة أو بمرض عارضى كالالتهاب الرئوى أو الغنغرينا الرئوية او النفث الدموى فان المرض يصير خطرا جدا وفى اغلب الأحوال يتقدم المرض بالتدريج وبعد مضى بعض أشهر أو سنين تتقدم أيضا الآفات الرئوية المصاحبة له وتتضاعف بآفات القلب الايمن ويقع المريض فى النهوكة وتظهر حمى الدق وباقى علامات السل التى تشاهد فى الدرن الرئوى وليس من النادر تضاعف التمدد الشعبى بالدرن وحينئذ يكون سيره سريعا وانذاره خبيثا

(التشخيص) الكهف الدرنى والقيئ الشعبى لهما اعراض تشبه التمدد الشعبى أما الكهف الدرنى فلا يمكن تمييزه دائما بالنظر الى العلامات الصدرية وحدها عن التمدد البسيط الغير مصحوب بالدرن؛ لأن مجلس التمدد فى قاعدة الرئة وقمتها تقريبا متساو ويكون غالبا فى جهة واحدة من الصدر (٣/٤ باوت) والسعال والنفث الدموى والأصابع المعوجة البقراطية والنفخ الكهفى والقراقر والتكلم الصدرى يمكن مشاهدتها فى التمدد الشعبى بدرجتها فى الكهف الدرنى والبصاق وان كان مائعا غزيرا رغويا فى التمدد وكثيفا مستديرا فيحيا فى الدرن الا ان ذلك لا يكفى للتشخيص وأما باعتبار حالة الصحة العامة فانا نجد المصاب بالتمدد الشعبى يعيش اشهرا وسنين بدون حمى وبدون نحافة واضحة بخلاف المصاب بالدرن الكهفى فان الحمى تكون معه مستمرة ومصحوبة بفقد الشهية وسوء الهضم والنحافة والضعف والعرق والاسهال ويتأكد التشخيص بالبحث الميكروسكوبى عن البصاق ووجود الباسيل الدرنى

وأما القيئ الشعبى فانه يتميز عن التمدد بظهوره الفجائى وخروج مقدار كبير من القيح مرة واحدة لاسيما متى كان القيح مرتبطا بالتجويف البليوراوى وبالبحث عن الاعراض البليوراوية حينئذ يتأكد التشخيص

(المعالجه) يتبع هنا ما ذكرآنفا فى معالجة الالتهاب الشعبى المزمن ويترجح هنا اعطاء التربين والميرتول والاوكاليبتول والترمنتينا واليودوفورم والكريوزوت ويلتجأ غالبا الى المحولات كالحراريق والمقصة والكى بالترموكوتير (پاكلين)

خامسا فى الالتهاب الشعبى الغشائى الكاذب

الالتهاب الشعبى الغشائى الكاذب هو التهاب حاد يصحب بافراز ليفى ينعقد على هيئة اغشية كاذبة دفتيرية

(التشريح المرضى) بالبحث عن البصاق يرى فيه كتلة صغيرة مصحوبة بمواد مخاطية مدممة تعوم بوضعها فى قليل من الماء وتنفرد على هيئة انبوبة متشعبة منتهية بقعر كيس هيئتها تدل على أن نشأها من جذع الشعب الى آخر طرفها الانتهائى ويكون لونها ابيض مصفرا أو محمرا وقوامها متين مرن وجدرها

متكونة فى الغالب من طبقات رفيعة متعددة داخلها بعض مواد مخاطية وفقاعات هوائية ونسيجها متكون من هيالين ليفى متخلل بكرات بيضاء وبعض كرات دموية حمرا وقد يصل طول الانبوبة الى بعض سنتمترات وقد يصل سمكها الحجم ريشة الأوز وقد يتكرر خروج انابيب غشائية متشابهة الاوصاف فى البصاق على التوالى وهذا يدل على أنها صادرة من انبوبة شعبية يتكون فيها الغشاء الكاذب كلما انفرد عنه

وبالبحث عن الغشاء المخاطى الملتهب يوجد احيانا مغطى بالخلايا الهدبية (بيبر) ولكنه يتجرد عادة من هذه الخلايا (كريستى) وتكون الأدمة تحته منتفخة ومرتشحة بمادة مصلية وتكون الخلايا الرئوية احيانا سليمة واحيانا متمددة أوهابطة

(الاعراض) اعراض الهجوم هنا تشبه اعراض هجوم الالتهاب الشعبى الحاد الشديد وهى القشعريرة المتكررة والحمى وفقد الشهية والعطش وضيق الصدر ويعقبها سعال جاف صعب مؤلم ويسرع التنفس ويصل الى فوق ٤٠ مرة فى الدقيقة ويتعسر بدرجة تقرب من أوصاف الأسفكسيا ثم يبصق المريض فى الابتداء بعض مواد مخاطية ويستمر ذلك بعض ساعات أو بعض ايام ثم يبتدئ خروج الاغشية الكاذبة على هيئة كتلة مستديرة يعقب خروجها خفة فى الأعراض ولكن بعد قليل يعود السعال وعسر التنفس وخروج كتلة غشائية جديدة وهكذا وقد يصحب البصاق نفث دموى ربما يصل مقداره الى ملء ملعقة كبيرة أو أكثر واحيانا يشكو المريض بألم فى الصدر فى حذاء مجلس الالتهاب الشعبى

وبالقرع يشاهد احيانا أصمية فى حذاء الشجرة الشعبية المسدودة وبالتسمع فى حذائها لا يسمع الخرير الحويصلى واحيانا يتسبب من وقوف التنفس فى جهة من الصدر انجذاب الأضلاع الكاذبة والاحشاء البطنية فى الجهة المصابة واذا تضاعف الالتهاب الشعبى بالتهاب رئوى يسمع فى النقطة الأصمية نفخ شعبى ويشاهد البصاق الصدائى الواصف ومتى انفصلت الاغشية الكاذبة وخرجت مع البصاق يتأكد التشخيص وبالتسمع حينئذ تسمع غالبا خراخر مختلفة فى حذاء النقطة المصابة

(التشخيص) يتحقق التشخيص عند خروج الاغشية الكاذبة في البصاق ولا يمكن الحكم باليقين قبل ذلك

(الانذار) الالتهاب الشعبي الدفتيري مرض خطر ينتهي بالموت غالبا في نوب سعال واختناق والشفا فيه نادر ويحصل في مسافة بعض اسابيع ويعقبه عادة احساس مرض في الشعب مدة مستطيلة يستر التشخيص فيها عرضة للنكسات التي ربما تتكرر مدة اشهر او سنين (والشك)

(الاسباب) الالتهاب الشعبي الدفتيري مرض معد كثير الحصول من سن العشرة الى الثلاثين ونادر عند الشيوخ ويصيب الرجال اكثر من النساء ويكثر حصوله في فصل الربيع ويضاعف غالبا دفتيريا الحنجرة والرئة ويكون هذا المرض في النادر اصليا والغالب انه يتبع دفتيريا الحنجرة او الالتهاب الرئوي الدفتيري ففي الحالة الأولى تمتد الاغشية الى الشعب من اعلا الى اسفل وفي الحالة الثانية يمتد الالتهاب من الخلايا الرئوية الى الشعب الشعرية

(المعالجة) يمكن استعمال ماء الجير او محلول كربونات الصودا في حالة بخار يستنشقه المريض ولكن لا تصل هذه الابخرة الى الشعب الشعرية بمقدار كاف (والابوج) واوصى (بيمار) بعمل الدلك الزيبقي على الصدر وبعضهم يرجح استعمال يودور البوتاسيوم وبعضهم يوصي باستنشاق ابخرة محلول البابايين ($\frac{5}{100}$) او التورين ($\frac{1}{10}$) وعند اقوياء البنية يمكن استعمال المقيئ او استعمال المنفثات والنوشادر اليانسوني وحمض البنزويك

المبحث الثاني في زهري القصبة الهوائية والشعب

زهري القصبة والشعب يوجب اضطراب التنفس بدرجة مختلفة وتصل غالبا الى درجة الاختناق والاسفكسيا وتتضمن آفات الزهري الثانوي والثالثي اما آفات الزهري الثانوي فتنحصر في النوازل والتقرحات السطحية ويتسبب عنها السعال وعسر التنفس والبصاق وباقي علامات النزلة القصبية الشعبية البسيطة ولا يمكن الوصول الى تشخيصها الا باعتبار طول مدتها ومرافقتها لآفات زهرية في الجلد والاغشية المخاطية الاخرى وبعينها او شفائها السريع باستعمال

باستعمال الادوية النوعية

وأما آفات الزهري الثلاثي فتنحصر في الارتشاح الزهري والأورام الصمغية التي تصيب الغشاء المخاطي والانسجة تحته الى الغضاريف والتقرحات الغائرة أو الغبانية التي تسير بطول الانبوبة الهوائية أو تدور على قطرها كحلقة وتغور في العضلات والغضاريف وتنهكها أو يعقبها التحام تشوهية تحدث ضيق الانبوبة الهوائية أو اغشاء فيها أو تكون فيها الجهة وتوجب عسر التنفس والأوزيما التي تصحب هذه الآفات تزيد أيضا في عسر التنفس ومجلس الآفات المذكورة يكون عادة في الجزء السفلي من القصبة الهوائية وفي الشعب الغليظة القريبة منها

وأعراض الزهري الثلاثي للقصبة والشعب تكون في الابتداء خفيفة شبيهة باعراض النزلة القصبية الشعبية البسيطة وفي انتهاء يشتد السعال ويصير نوبيا ويصحبه الاحساس بوجود جسم غريب بجوار القصبة والخناق وألم غائر ويصير التنهيق صعبا صفيريا أو شخيريا ويتضاعف غالبا بتشنج المزمار ويكون البصاق في الابتداء رغويا ثم يصير مدمما ويمكن وجود قطع من النسيج المخاطي أو من الغضاريف فيه وبالتأمل للحنجرة عند التنفس نرى أنها لا ترتفع ولا تنخفض كما هو الحالة الطبيعية بل تبقى في الغالب ثابتة في محلها عقب التحام التي تثبت القصبة بالاعضاء المجاورة وبالبحث بالمرآة الحنجرية يمكن رؤية الآفات الى انتهاء تشعب القصبة واذا ترك الزهري الشعبي القصبي بدون علاج موافق ينتهي بالموت بالاسفكسيا أو بثقب الحنجرة ويوصلها بالمرئ أو بنزف وعاء دموي ويحدث النزيف أو بثقب الحجاب المتوسط وتكون فيه خراجات أو بسير الالتهاب الشعبي الرئوي الخبيث ويمكن الوصول الى تشخيص الزهري الشعبي للقصبة والشعب بالبحث عن الآفات الزهرية في باقي الجسم لاسيما في الجلد والحلق والحنجرة ولا سيما في التباسها بالنزلة الشعبية البسيطة ولا بالدرن ولا بالعقد الشعبية ومتى حصلت شبهة في وجود الزهري يبادر حالا بفعل المعالجة النوعية واستعمال الزئبق وكلحاويودور البوتاسيوم من الباطن بمقدار كبير

المبحث الثالث في النزلة الوافدة

النزلة الوافدة مرض وبائي يتصف عادة بالتهاب نزلي في المسالك الهوائية مصحوبا بحمى واعراض عصبية مختلفة الشدة

الشرح أغلب اعراضها تشبه اعراض الحمى النزلية وانما تتميز حمى النزلة الوافدة بشدة وزيادة انحطاط القوى فيها فيفاجأ الشخص بالبرودة والقشعريرة ويحس كأنه مريض جدا قبل ظهور الأعراض الموضعية ثم تحصل حمى شديدة مع سرعة زائدة في النبض وضعف وتقطع فيه أو بالعكس امتلاء وتوتر ويضطرب الجهاز الهضمي ويتغطى اللسان بطبقة وسخة سميكة ويحصل قيء متكرر (واتسون) قد تصحبه آلام معدية شديدة (ابراهيم) واسهال صفراوي ويتحكر البول ويصير نادرا ويظهر الزكام قويا ويسيل من الانف سائل حريف وتحمر العينان وتصير دامعة وتمتد النزلة الى الجيوب الجبهية فيحصل الم شديد في اصل الأنف والجبهة وبعض المرضى يشتكي بآلام عصبية شديدة وحشي العين وفي حذاء المؤخر واذا امتدت النزلة الى الحلق يحصل فيه جفاف مؤلم وصعوبة في الازدراد

وفي بعض الاحيان لا يحصل زكام وانما يصحب الحمى هبوط وانحطاط شديد وتألم في الأطراف ويلتزم الفراش وفي أحوال أخرى يشتكي المريض باختلاج مؤلم في سمانة الساق وعضلات الفخذ أو يحصل دوخان واغما وتشاهد عند البعض حالة تناعس أو بالعكس هذيان شديد ثم تظهر النزلة الصدرية في القصبة والشعب ولا تصاب الحنجرة الا نادرا ويكون السعال في الابتداء جافا صعبا والبصاق نادرا متكونا من قليل من مواد مخاطية رغوية لكنه يصطحب غالبا بضيق شديد في الصدر واحساس مؤلم في قسم القلب وحركة اختناق متكررة ثم يتكاثف البصاق ويكثر ويحس بالخراخر الصدرية وتخف الحمى في الصباح وتلطف الأعراض العامة واذا لم تحصل مضاعفات تظهر حالة بحرانية كالعرق الغزير او الاسهال المفرط أو الرعاف أو الهربس الشفوي يعقبها الشفا في مسافة اسبوع أو اسبوعين لكن النقاهة بطيئة ولا تعود القوى الا بمشقة ويستمر الشخص في مدتها عرضة للنكسات

وفي بعض

وفي بعض الأحيان تكون الاصابة بالنزلة الوافدة خفيفة جدا فيشتكى المريض بزكام خفيف وذبحة حلقية واهية وسعال مصحوب بتكسر وصداع وحمى خفيفة وتنصرف الاعراض بعد يومين أو ثلاثة وربما حصلت حركة حمية شديدة مع هبوط عام ولكنها لاتدوم الامسافة ٢٤ الى ٣٠ ساعة وتنصرف بعدها بالكلية ولكن هذه الأحوال نادرة والعادة أنها مهما كانت صفتها تتبعها حالة نقاهة مستطيلة يحس الناقه فيها بضعف في العضلات وتوعك يستمر بعض اسابيع

(المضاعفات) تختلف المضاعفات على حسب نوع الوباء بمعنى أنه في كل وباء جديد توجد مضاعفات جديدة وتكسبه هيئة وسيرا مخصوصا

في بعض الاحيان تشتد النزلة الشعبية وتكتسب اوصاف الالتهاب الشعبي الحاد الشديد وينشأ من ذلك استطالة مدة المرض ولكن يحصل في الغالب التهاب شعبي شعري والتهاب رئوى فصيصي أو التهاب رئوى ليفي خفيف أو ثقيل يكون مجلسه في رئة واحدة او في الرئتين معا وباء سنة ١٨٣٧ وسنة ١٨٩١

واحيانا يشتد ضيق الصدر جدا مع خفة النزلة الشعبية وفقد الآفات الأخرى ولذلك يعتبر عصبيا صرفا وباء ابرلاندا سنة ١٨٣٠

وفي بعض الأحيان يكثر حصول الالتهاب البليوراوى والتاموري

وفي بعض الاحيان تكون المضاعفات في الجهاز الهضمي فيحصل تشنج مؤلم في المعدة وقيء واسهال صفراوى واصفرار في الجلد وباء سنة ١٧٧٥ أو يكتسب الاضطراب الهضمي أوصاف الكوليرا مع اختلاج في الاطراف وباء سنة ١٨٣٠

ويشاهد غالبا في سير النزلة الوافدة طفحات جلدية ايريتماوية أو بثرية وتضاعف بالانزفة في بعض الأحيان ويتسبب عنها الاجهاض أو الوضع قبل الأوان وتعجيل الحيض وغزارته أوحصول النزيف الرحمي والبول المدمم (لوفي وباء سنة ١٧٧٩ فوازين في وباء سنة ١٨٣٧)

وفي بعض الاحيان يعقب النزلة الوافدة التهاب في الغدد النكفية وقد

تكون سببا في تعجيل ظهور الدرن الرئوي عند المستعدين له ثم ان اختلاف المضاعفات وتنوعها أوجب بعض المؤلفين الى تقسيمها الى نزلة وافدة دماغية أو صدرية أو بطنية على حسب تسلطن الأعراض الخطرة الخاصة بالوبا

(الانذار) النزلة الوافدة في حد ذاتها ليست خطرة وتنتهي بالشفا غالبا ولكن وباؤها يزيد في عدد الوفيات ويمكن تفسير ذلك بالمضاعفات والعواقب التي تصحبها وتكسبها درجة الخطر بالنظر الى الأفراط في عدد المصابين في كل وباء ففي لوندرا مثلا وصل عدد المصابين سنة ١٨٤٧ الى ... ٣٥٠ والمتوفون ...٥٠٠ وفي باريس أصيب نحو ربع الأهالي وفي جنيفه نحو ثلث الأهالي وفي مصر كذلك في وباء ١٨٨٩ و ١٨٩٠ وأغلب الوفيات كانت في المتقدمين في السن وضعف البنية والمصابين من قبل بآفات رئوية أو قلبية وفي الأطفال والمصابين بالدرن وعلى العموم تزداد الوفيات في البلاد التي شروطها الصحية غير تامة أكثر من البلاد الصحية

(التشريح المرضي) لا يعقب النزلة الوافدة البسيطة آفات خاصة فيشاهد احتقان الغشاء المخاطي للمسالك الهوائية أو التهاب وأما اذا حصلت مضاعفات فترى في الجثة آفاتها كالالتهاب الشعبي الشديد والشعبي الشعري والتهاب الرئة وأوذيما الرئة الخ

(الأسباب) النزلة الوافدة مرض ربما [illegible] ولكن لا [illegible] [illegible] وحيث أنه لم [illegible] تفريخ سابقة للظهور كما في الأمراض المعدية بل أنه يصيب عادة عددا كبيرا من الأشخاص فجأة فهذا مما ينافي الزعم بأنه مرض معد

والنزلة الوافدة بالأكثر تصيب الكهول والشيوخ وضعفاء البنية وتصيب النساء أكثر من الرجال ولا تصيب الأطفال الا نادرا والأشخاص الذين يخرجون في الفلوات أو القاطنون بها عرضة للاصابة أكثر من غيرهم ولا تقي الاصابة مرة بالنزلة الوافدة من عودتها ثانيا أو ثالثا

و

في وباء آخر

ولا تعلم الى الآن اسباب ظهور هذا الوباء وانتشاره لانه يظهر في جميع الفصول والاقاليم وينزل بالمدن والقرى سواء وربما ظهر في آن واحد ببلدتين متباعدتين جداً لا علاقة بينهما ويهيب الجزائر التي ليس بينها وبين البلاد المصابة مواصلات وتصيب السفن في وسط البحار مع بعدها عن الجهات المصابة ومتى نزلت النزلة الوافدة ببلدة اصابت نصف سكانها او ثلاثة ارباعهم وتتسلط فيها بعض اسابيع (خمسة اسابيع في لوندرا سنة ١٨٩٠) الى شهرين ونصف (في باريس سنة ١٨٣١) وتنصرف بعد ذلك الى جهة أخرى ولا قاعدة لاتجاه سيرها وتنقلها وربما تركت النقطة المجاورة وتسلطت على نقطة بعيدة جداً

وبعضهم يزعم ان منشأ هذا المرض من آسيا في حدود الصين والتتار ثم ان عدم انتظام سير وباء النزلة الوافدة هو مما يثبت ان طبيعة سببها ليست جوهراً كيماوياً كالاوزون ولا ابخرة مخصوصة كالمياسم لان هذه الجواهر لا يتأتى لها ان تقطع المسافات المهولة الحاصلة في سير الوبا بدون ان تتلاشى وتفسد والبعض يظن ان السبب ربما كان ميكروبا سريع التكاثر متى كانت الشروط الجوية والاقليمية موافقة وقد صار الاعلان باستكشاف هذا الميكروب مراراً في سنة ١٨٩٠ ولم يمكن اثبات ذلك الى الآن

ومن المشاهد أن الوباء يصيب السجون وديور الرهبان وقشلاقات العسكر المحتجبين بحجر جيد وفي بعض الاحيان تستمر هذه الأماكن محفوظة من الوبا ولا يعلم سبب ذلك

ومن المشاهد ايضا ان النزلة الوافدة كما انها تصيب الانسان فكذلك تصيب بعض الحيوانات الأهلية كالحصان والكلب والقط والطيور ولا يعلم هل يتأتى انتقالها من الحيوان الى الانسان أولا

(التشخيص) ليس من السهل تشخيص الأصابة الابتدائية للنزلة الوافدة ويمكن التباسها بأمراض حمية أخرى كالحمى التيفودية أو الطفحية أو الدرن الحاد أو الروماتيزم ولكن متى تعددت الاصابات يتضح التشخيص

ومن الشاهد أن الوباء متى حصل في سنة وانصرف يعود في السنة التالية أو التي بعدها ولكن بشكل خفيف كلما تكرر وبعد انصرافه تستمر نزلات المسالك الهوائية مشتدة ومصحوبة في الغالب بانحطاط القوى والضعف العضلي زيادة عن المعتاد ولا تشاهد النزلة الوافدة في حالة انفراد أي غير وبائية ابداً

(المعالجة) الفصد والمركبات الانتيمونية لا توافق النزلة الوافدة البسيطة ولذلك ترك استعمالها الآن وأما الكينا وحدها أو مع الانتيبرين فيمكن اعطاؤها من ابتداء المرض لاجل تلطيف الحمى والآلام العصبية وبعضهم يوصي بالحمام الساخن والمشروبات المعرقة لأجل تخفيف شدة النوازل ولكن قد يتسبب عنها زيادة ضعف المريض وهبوط قواه والأحسن أعطاء المريض مسهلا ملحيا ثم جرعة ملحية وفي اليوم الثاني أو الثالث تعطى له جرعة من مغلي البوليجالا يضاف اليها ملح النوشادر ويشرب المريض سوائل باردة كماء الصودا وماء الشعير وحمض أو مع قليل من عصير الليمون أو لبن مخفف بالماء ويلزم اجتناب تعاطي المنبهات الا اذا كان المريض متقدما في السن ضعيفا فيعطي في الجرعة نوشادر يتيسوني وفي النقاهة تعطى له المقويات والجواهر المرة ويعتنى في التغذية الجيدة

واذا ظهرت مضاعفات تعالج على حسب طبيعتها فاذا كانت المضاعفات التهابية تستعمل مضادات الالتهاب كالحجامة الجافة أو الرطبة واذا كانت عصبية تستعمل مضادات التشنج والمسكنات واذا كانت صفراوية يستعمل القيء المسهل

الحمرة

(المبحث الرابع في السعال الديكي)

السعال الديكي مرض معد ويأتي يصيب الأطفال غالبا وهو يشبه الأمراض العفنة بأن الاصابة به مرة تؤمنه مدة العمر عادة ولكنه يتميز عن الامراض العفنة بكونه ليس مصحوبا بالحمى وهو في هذه الخاصية يشبه الكلب فانه كذلك مرض عفن غير حمى

والسعال الديكي يتكون من عنصرين وهما النزلة الشعبية الحنجرية والسعال العصبي الذي يأتي على نوب خاصة واصفة

(الأعراض) للسعال الديكي اربعة ادوار وهي

أولا دور التفريخ ومدته نحو اسبوع أو أكثر بقليل

ثانيا دور الهجوم الذي يتصف بنزلة شعبية معتادة مصحوبة بسعال وحمى ورنانية الصدر وخراخر مخاطية شعبية وفي بعض الأحيان يمكن تشخيص المرض في هذا الدور باعتبار شدة الحمى والسعال اللذين يفوقان حد النزلة الشعبية البسيطة أو اذا تصادف وجود طفل مصاب بالسعال الديكي في المنزل أو في الجيران وتختلف مدة هذا الدور جدا وتكون في العادة اقل من اسبوع أو مدة يوم أو يومين واحيانا لا يشاهد دور الهجوم بالكلية ويبتدئ المرض رأسا

ثالثا دور المرض وهو يتصف بنوب السعال التشنجي المصحوب بتشنج المزمار والحجاب الحاجز وتبتدئ النوبة بحركة شهيق تشنجية تعقبها حركات زفير متوالية تشنجية ايضا بحيث أنه ربما يصل عدد السعال المذكور الى ٨ أو ١٠ أو ٢٠ مرة بدون امكان التنفس فينتفخ الوجه والعنق وتحتقن الأعين وتبرز وتدمع وتزرق الشفتان

ومتى وصل الضجر الى درجة الاسفكسيا تحصل حركة شهيق مستطيلة رنانة شبيهة بصوت الديك وتنتهي النوبة وعما قليل تعقبها نوبة ثانية وثالثة حتى يخرج الطفل مادة مخاطية لزجة ويتقايا محتصل المعدة الغذائ

واذا كانت النوبة قوية جدا ربما يصحبها تمزق الأوعية الشعرية فينسكب الدم على هيئة ايكيموزات نقطية تحت الملتحمة وجلد الوجه أو تحصل انزفة من الحلق أو الانف أو الملتحمة فيخرج البلغم مدمما وتسيل الدموع دامية واحيانا يتمزق غشاء الطبلة من شدة السعال ويسيل الدم من الاذن أو الاذنين معا واحيانا يظهر الزلال في البول (سيمون) وربما بال المريض أو تغوط على نفسه قهرا أو اصيب بالفتق وعند أغلب الاطفال ينشأ من احتكاك اللسان على القواطع السفلى تقرحات على جانبي اللجام

ويسبق النوب عادة الاحساس باكلان أو دغدغة في الحلق أو الحنجرة أو خلف القص يمكن أن يخبرنا بها من كان واعيا من الأطفال ومتى استشعر الطفل بترك الملعبه ويذهب بسرعة الى والدته ويحجز نفسه ويجتهد في منع النوبة لانه يخشاها جدا ولا سبيل له الى ذلك وبعد انتهاء النوبة اذا كانت خفيفة يعود الطفل منبسطا الى العابه كأن لم يكن شيئ ويطلب الغذاء بشهية لتعويض ما تقاياه وأما اذا كانت النوبة ثقيلة فأنه يخرج منها في حالة تعب زائد ويطلب الاستراحة في مهده

ثم أن مدة النوبة تختلف من بعض دقائق الى ١٠ أو ١٢ دقيقة وتكثر النوب مدة الليل زيادة عن النهار وقد يصل عددها الى ٣٠ أو ٤٠ أو ٦٠ في الاربعة وعشرين ساعة واذا زادت عن ذلك تعلن بالخطر (تروسو) ولا يحصل بين النوب سعال عادة

وبسبر القرع دائما وبالتسمع مدة النوبة لا توجد خراخر ولا خرير بل سكون مطلق في الصدر ناشئ من تشنج الشعب

وايضا دور الانتهاء الذى يتصف بخفة الاعراض ببطء فتقل النوب وتلطف ويزول الصوت الديكي والشهيق ويحل محل انسداد اللزج بلغم مخاطي كثير

كثيف نزلى يمكن مشاهدته فى البصاق عند الكهل
(السير والمدة والانتهاء) سير السعال الديكى يتبع الادوار التى ذكرت عادة
ولكن دور الهجوم قد يفقد بالكلية فى بعض الاحوال وفى احوال أخرى
يحل محل السعال عطاس تشنجى (روجير)
ومدة السعال الديكى تختلف وتكون عادة من ٦ أسابيع الى شهرين أو
ثلاثة وقد تكون المدة اطول من ذلك سيما مدة الشفا وفى بعض احوال
استثنائية تكون مدة المرض بعض ايام فقط (تروسو)
ويكون الانتهاء بالشفا عادة ما لم تحصل مضاعفات مهلكة وفى بعض الاحيان
لا تعود القوى ويبقى الطفل ضعيفا هزيلا عرضة للسل والعقد الشعبية
او يبقى الهزال بسبب الصمم وسيلان الاذن الذى ربما يعقب تمزق غشاء
الطبلة وينتهى أخيرا بالهلاك
(المضاعفات والانذار) السعال الديكى فى حد ذاته ليس خطرا ولكنه
يصير خطرا بالمضاعفات التى تصحبه غالبا ومن النادر جدا هلاك الطفل
فى مدة نوبة السعال عقب تشنج المزمار أو الاغما أو النزيف الدماغى واذا
تكررت النوب بكثرة ربما يقع الطفل فى حالة ثبات وكوما بسبب تكون
ارتشاح مصلى فى اغشية الدماغ فتضغط على المخ وربما انتهت بالهلاك وفى
بعض الاحيان يشتد الاحتقان المخى مدة النوبة ويصحبه تشنج عام أو اكلامسيا
أو يحصل تمزق فى الاوعية ينشأ عنه نزيف رئوى أو دماغى خطر
ولكن المضاعفات الخطرة الاكثر حصولا تنشأ من اصابة الرئة بالالتهاب
الشعبى الرئوى أو الالتهاب الرئوى والبليوراوى وعلى العموم متى حصلت
مضاعفة التهاب يحصل تلطيف فى العرض العصبى ولذلك يلزم الاعتناء
فى البحث عن المريض اذا تلطف السعال عنده فجأة لاجل التحقق من نفس
السبب فى مبدئه
وأما الانفيزيما الرئوية فانها تصير خطرة اذا اعقبها انسكاب الهواء فى

البليودامن تمزق الحويصلات السطحية وقد تعقبها اقيزيما عامة تصل الى العنق والصدر والجذع

ثم أن تكرر القيء ربما يوجب الهزال والنحافة وقد يعقب النوب خروج المواد الثقيلة والبول بغير الارادة أو يحصل فتق سرى أو أربى الى غير ذلك

وبالجملة فأن السعال الديكى أكثر خطرا فى الشتاء وعند الفقراء والأطفال الحديثى السن والضعفاء البنية عن غيرهم ويختلف الخطر ايضا على حسب نوع الوباء الموجود

(التشخيص) يتميز السعال الديكى فى دور النوازل بزيادة شدة الحمى والسعال عن المعتاد وفى دور السعال بالشهيق الديكى والنوبة المخصوصة ولكن أورام الحجاب المتوسط قد يصحبها نوب سعال تشنجية تقرب من نوب السعال الديكى ولا تشبهها

(الاسباب) السعال الديكى مرض وبائى معدٍ ويحصل العدوى بواسطة المواد المخاطية التى تخرج بالسعال وتنسب العدوى للباسيل المخصوص الذى استكشفه ليستيوش سنة ١٨٧٠ واثبته (افاناسيف) اخيرا وهذا الباسيل رقيق جدا يسمى الهلام وتكون فيه بقع مصفرة ويوجد مجتمعا فى المواد المخاطية ويجتمع تلك المواد المخاطية فى المزمادين التى جعا ليين تهيج الحنجرة وتحصل نوب السعال (هيرف)

ويكون ظهور الوباء فى عموم الاقاليم و الفصول وخصوصا فى الشتاء والخريف ويصيب الاطفال عادة من سن السنة الى الثامنة وللاناث أكثر من الذكور وقد يصيب حديثى الوضع كما أنه قد يصيب أيضا الكهول والشيوخ

ومن المشاهد أن وباء السعال الديكى [illegible] مع وباء الحصبة أو يسبقه

(المعالجة) أهم المعالجات الواقية هو عزل الاطفال وتجنبهم [illegible]

ومقاصيب طفل يلزم جمع المواد المخاطية التي يفرزها في اناء أو منديل ومعاملتها بمضادات العفونة ومنع الاطفال من الدنو اليها

ولا يوجد لهذا المرض علاج نوعي مخصوص فيلزم الابتداء بوضع المريض في أوده متسعة درجة حرارتها مستوية لأن تعرضه للبرد يحرك النوب وايضا يحركها زيادة حمض الكربونيك في الاودة (هوك) واذا كان الفصل معتدلا يرجح خروج الطفل للرياضة كل يوم في وسط النهار ويعتني في تغذيته بالأغذية الرخوة أو السائلة السهلة الهضم ويكون تعاطيها عقيب النوبة حالا و يمنع الطفل من الصريخ والتكلم بقدر الامكان وتجتنب المنبهات على العموم

وأما المعالجة الدوائية فتكون عرضية فيعطى في الدور النزلي المشروبات المنفثة أو المقيئات ويعطى في الدور العصبي المسكنات ومضادات التشنج كالبلادونا والأكونيت وحمض السيانايدريك وبرومود البوتاسيوم وبرومور الامونيوم والمركبات الأفيونية وتعطى القلويات ككربونات الصود أو البوتاسا ونترات البوتاسا أو تعطى سلفات الزنك (بيرد) أو الشب في الدور الأخير

وضد العنصر العفني يكرر استعمال ملح الكينا من الباطن أو نفخا في الحنجرة ويبخر المكان بمحلول كربولي أو يرش بالرذاذ بقرب المريض أو يستنشق المحلول الكربولي أو محض الساليسيليك أو البوريك

وضد المضاعفات الالتهابية هو استعمال المحولات كالحراريق وبعضهم يوصى بمس الزماريين التجماليين بمحلول الكوكايين لأجل تسكين المهيج الذي يقال انه هو السبب في حصول نوبة السعال

ومتى دخل الطفل في دور النقاهة أو قرب انتهاء المرض يستصوب تغيير الهواء وارسال المريض الى شواطئ البحار لأجل سرعة تقويته وانتعاشه

(المبحث الخامس في الربو)

الربو مرض عصبي يتصف بعسر تنفس شهيقي زفيري يأتي على نوب

(أعراض النوبة) نوبة الربو تطرأ عادة فجأة بعد نصف الليل بين الساعة (٣ و ٤) وأحيانا بين (٦ و ٨) وفي النادر بعد الظهر واما قبل الظهر فيكون المريض مستريحا منها عادة ومتى حصلت في وقت فانها تعود فيه غالبا وقد يحس المريض بأعراض سابقة تعلنه بقرب النوبة كالتنفس والعطاس وانتفاخ البطن والعادة انها تطرأ فجأة فنرى الشخص الذي دخل فراشه وهو بغاية الصحة يستيقظ فجأة في ضجر من ضيق بصدره كأنه مضغوط عليه وهو مع هذا في حركات التنفس واقف فيقوم ويسرع نحو الشباك ويفتحه واسعا لاجل استنشاق الهواء البارد ثم ينتقل الى جهات مختلفة لاجل فعل مجهودات التنفس فيجلس في الفرش وينثني على بطنه ويقوس ذراعيه ويرتكن على يديه أو يطرح ذراعيه على ترابيزه بجواره أو يقوم واقفا ويمسك بيديه جسما صلبا مرتفعا أو يجثو على ركبتيه فوق كرسي ويوجه رأسه الى الأمام ومع كل ذلك يستمر التنفس متعسرا جدا وعضلاته في حالة انقباض شبه تيتانوسي والشهيق فيه غير تام والزفير بطيء ازيزي ويشتد ضجر المريض حتى يشق عليه التفوه بكلمة واحدة ولا يلتفت الى شيء ما ويبهت وجهه أو يصير كالحا محتقنا ومنتفخا وتبرز العينان وتبرد الاطراف ويتغطى الجلد بعرق بارد حتى يرى أنه على وشك الهلاك ولكنه لا يخشى عليه عادة لأنه بعد مضي زمن تلطف النوبة ويسهل التنفس ويتم الشهيق ويمتلئ الصدر بالهواء وينتظم الزفير بالتدريج وفي بعض الاحيان متى قربت النوبة من الانتهاء تحصل بعض اعراض تعلن بذلك كالتجشي والبول الغزير الرائق أو يحصل سعال رطب يعقبه بصاق مخاطي مستتي أو جاف لزج مائع أو منعقد شبه الخرز أو الشعرية وأحيانا يخرج البصاق مدمما أو يصحبه نفث دموي غزير وبالبحث عنه بالميكروسكوب تستكشف فيه خيوط حلزونية وخلايا كبيرة جيبية وبلورات ابرية شبيهة ببلورات (شاركو) وهذه العناصر ليست مخصوصة بالربو لأنه يمكن مشاهدتها في أمراض اخرى كالالتهاب الشعبي والرئوي

والالوسيميا

والوسيميا

ومتى انتهت النوبة يعود المريض الى النوم ويقوم صباحاً في حالة ملل وضيق خفيف في الصدر او انتفاخ في البطن وفي النادر يقتصر الربو على نوبة واحدة وتعود النوب عادة في ابتدائها كل يوم مدة اسبوع أو عدة اسابيع متوالية ثم ينصرف الربو ويعبر عن تكرار هذه النوب بدور الربو

وبالبحث عنه يدر مدة النوبة يوجد التنفس ليس سريعا ولا لهثيا بل سرعته طبيعية أو أقل من الحالة الطبيعية وتوجد نسبة الشهيق والزفير منعكسة فترى الشهيق قصيرا والزفير اطول منه بنحو ٣ مرات ويصحب الشهيق ازيز خفيف وأما الزفير فيصحبه أزيز قوى يسمع على بعد وهيئة الصدر تدل على أنه في حالة شهيق مفرط فترى الاضلاع العليا مرتفعة في اقوى درجة والحجاب الحاجز منخفض عنه بدرجة بحيث ان رنانية الصدر تتعدى قاعدته زيادة عن الحالة الطبيعية وتنقبض العضلات العصية الحلية والمغنيفة لاجل زيادة اتساع الصدر ولكنه يستمر ثابتا ممتلئا بالهواء والزفير غير ممكن حتى ان مجهود انقباض عضلات البطن لا يساعد عضلات الزفير في اخراج الهواء الا بمقدار واء وبالقرع توجد الرنانية مطلقة وبالتسمع لا يوجد الخرير الحويصلي تقريبا ويوجد عوضه أزيز رنان صرف أو مصحوب بخراخر شحيية ولا يتنوع النبض في مدة النوبة ولا بعدها ولا ترتفع الحرارة

وتختلف مدة نوبة الربو والعادة أنها تستمر من ساعة الى ثلاث ساعات وقد تنتهي في ربع ساعة فقط أو تدوم مدة الليل أو النهار كله مع نوع تلطيف وقتي خفيف في الصباح وفي بعض الأحيان تستمر هكذا عدة ايام متوالية ولا يخشى عليه مدة النوبة عادة ومع ذلك فقد شوهد وصول الاسفكسيا الى درجة الموت الظاهري والتزم الحال لعمل التنفس الصناعي لأجل انعاش المريض (فاجع)

ومتى انصرف دور الربو بنوبه يرجع المريض الى حالة صحته المعتادة ولكن من عادة الربو أنه متى حصل مرة يعود على فترات تكون في الابتداء طويلة من بعض

اشهر الى سنة ثم تقصر فتصير بعض اسابيع أو بعض ايام وقد نحو هذا عند بعض المرضى تواتر نوب الربو بدون فترات فكانت تأتى يوميا مدة سنين متتابعة ويتعود المريض على النوم جالسا مستعدا لملاقاة نوبته الليلية (فاج)

وعند بعض المرضى يسبق النوبة المعتادة او يحل محلها نوبة عطاس تشبه شبيه بزكام حمى الدريس يتكرر نحو الثلاثين أو الاربعين مرة فى مسافة بعض دقائق ويعود كل ليلة أو كل يوم فى الميعاد مدة بعض ايام متوالية وفى مدة النوبة تحتقن العينان وتدمع ويحس فيها بأكلان ويحتقن الوجه وتسيل الانف ثم تنصرف هذه الأعراض فجأة كما طرأت وظهورها عند الشخص يعلن باستعداده للربو

تعبير النوبة بضيق التنفس فى الربو عصبيا زفيريا ويمكن تعبيره بالانقباض التشنجى لعضلات التنفس واختلفت الاراء فى تعيين سبب هذا التشنج ومحله فالبعض قال أن محله عضلات الانابيب الشعبية الشعرية (برميير وبليام)

وقال البعض أن محله عضلات الشهيق (سى وانغريك) والبعض يجمع بين القولين وينسب النوبة لانقباض العضلات الشعبية والشهيق معا (تروسو وجاكو)
أما انقباض عضلات الشعب الشعرية فانه يحدث ضيقا فى قطرها بحيث تسمح لدخول الهواء فى الخلايا الرئوية مدة الشهيق ولا تسمح له بالخروج منها مدة الزفير ويصحب التشنج هنا تمدد الأوعية الدموية الشعرية بسبب شلل اعصابها فيحصل احتقان فى الغشاء المخاطى يوجب انتفاخه وزيادة افرازاته يساعد على انسداد الشعب الشعرية وقد شاهد المعلم (ستورك) احتقان المسالك الهوائية لغاية تشعب القصبة بواسطة المرآة الحنجرية ويمكن تشبيه احتقان الغشاء المخاطى الشعبى هنا باحتقان الغشاء المخاطى للانف وسيلانه مدة زكام حمى الدريس التى تشبه الربو بعنصرها العصبى

وأما تشنج عضلات الشهيق فانه يوجب اتساع الصدر بقوة وثباته فى هذه الحالة مدة النوبة ويمتد التشنج ايضا الى عضلات الزفير ولكنها لا يمكنها قهر عضلات الشهيق فلا يتجدد الهواء فى الصدر الا بدرجة جزئية

ولكنا

ويمكننا الجمع بين القولين بقولنا إن نوبة الربو الشديدة تحصل من تشنج عضلات التنفس الشعبية والشهيقية معاً ويمكن نسبة هذا التشنج الى تهيج الأعصاب المتوزعة في العضلات تهيجاً ذاتياً أو عقب فعل منعكس مجلسه الأطراف الانتهائية للأعصاب الحساسة المتوزعة في الغشاء المخاطي للمسالك الهوائية في الأنف أو الشعب

(السير والمدة والانتهاء والمضاعفات) نوب الربو الحديثة لا يعقبها أثر مرضي وبعد انصرافها تترك الشخص في حالته الصحية المعتادة تقريباً حيث أن النوبة توجب احتقان الشعب فتكرار النوب يؤدي الى حصول النزلة الشعبية التي بدوامها تستحيل الى الحالة المزمنة ويعقب النزلة الشعبية المزمنة حصول الانفيزيما الرئوية واذا استمرت الحالة يرى ظهور الآفات القلبية المتعلقة بهذه الأمراض كتمدد القلب الأيمن وعدم كفاية الصمامات التريكوسبية ولا تخفى عواقب الآفات القلبية المذكورة من جهة الكبد والكلى والاوزيما والاستسقا التي تنتهي بالكاشكسيا والموت هذا اذا أزمن الربو وتكررت نوب كثيرة وأما اذا كان خفيفاً نادراً أو صار علاجه بما يوافق فإنه لا تعقبه المضاعفات المذكورة ويمكن شفاؤه بالكلية وفي بعض الأحيان يكتسب المصاب بالربو هيئة مخصوصة وصفها (سالتير) فقال أن الظهر يصير مستديراً ويميل الجذع الى الأمام وترتفع الكتفان ويسقط الزراعان الى الخلف مع انحناء المرفق قليلاً وتفقد الصدر مرونته وتحصل نحافة زائدة مع توتر الاوردة وبرودة اليدين ونحافتهما ويصير لون الجلد ترابياً وتتخسف الخدان وتبرز العينان وتصير متوترة مرغرغة بالدموع ويصير الفم مفتوحاً عادة والفك السفلي ساقطاً مرتخياً والصوت ضعيفاً

وأما الزعم بعدم حصول الدرن عند المصابين بالربو فهو وإن كان أساسه ضعيفاً إلا أن حصول الدرن يمكن اعتباره استثنائياً عندهم ولا يتقدم سيره الابطئ زائد

(التشخيص) ما تقدم لأوصاف نوبة الربو لا يمكن التباسها بنوب الاختناق

الصادر من الحنجرة او القصبة وانما قد تحصل النوبة عند الأطفال واحيانا عند الكهول وتكتسب هيئة الالتهاب الشعبي الشعري ويصحبها خول مخاطية وقيية وتنصرف بعد يومين او ثلاثة ومتى تكررت بعدها تعلم طبيعتها الربوية (تروسو)

وفي بعض الاحيان يصعب الحكم على المريض ان كان مصابا بالربو او بالالتهاب الشعبي المزمن او بالانفيزيما الرئوية ولا يتوصل الطبيب الى التشخيص الا براجعة تاريخ المرض بالدقة فنرى مثلا أنه كان مصابا في الابتدا بالنزلة الشعبية المزمنة المبسطة ثم تضاعفت بنوب ربوتابعي وتتميز بشدتها في الشتاء وخفتها في الصيف وذلك بخلاف ما يشاهد في الربو الأصلي أو نرى ان صحة الشخص كانت جيدة ابتداء في فترات نوب الربو ثم أعترته الانفيزيما الرئوية ثم تمدد القلب الايمن وعدم كفاية صمامات التريكوسبية ثم ظهرت عواقب اعاقة الدورة واحتقنت الشعب وانتهى الأمر بحصول النزلة الشعبية المزمنة وهلم جرا

وأما تمييز الربو الشعبي عن الربو القلبي (آفات الصمام المترال) وعن الدرن الرئوي ، فسنذكره عند ذكر امراض الرئة والقلب

(الاسباب) الربو كباقي الأمراض العصبية ليس لاسبابه ثبات وهي إما ان تكون مهيئة أو متممة فالأسباب المهيئة منها الوراثة الديا تزية (تروسو) أعني أن الروماتيزم والنقرس والحصوات الكبدية والكلوية والشقيقة وبعض الأمراض الجلدية كالايجزية والاكزيما عند الابوين كالربو تسبب استعداد ذريتهما للربو وبعض المؤلفين (سالتير) وجد أن الحصبة والسعال الديكي يعقبهما عند المريض استعداد مخصوص للربو ومن جهة السن فان الربو يشاهد في جميع الأعمار لاسيما عند الكهل ويصيب الرجال أكثر من النساء

واما الأسباب المتممة فتختلف باختلاف الاشخاص ويمكن ان تهيج النوبة باسباب واهية

واهية جداً كبعض الروائح مثل رائحة عرق الذهب أو المولوفند أو رائحة بعض الحيوانات كالقطط والكلاب والخيل فان روائحها قد تهيج الربو عند البعض ولا تؤثر عند الباقين واتجاه الارياح وبرودة الجو والهواء المحصور وكذلك هواء المجتمعات واستنشاق الأتربة والدخان ورائحة عيدان الكبريت والتبن الشامي فانها كلها اسباب تهيج النوبة عند البعض دون الآخرين وكذلك نوع الأغذية ولاسيما القهوة والجبنة والمخلل وتناولها في العشاء له تأثير على الربو كالعرض الشمال أو الجنوب وطرق المدن المزدحمة كباريز ولوندرا أو الفلوات والسكنى في بلاد حارة أو باردة وبالتجربة يعرف المريض ما يوافقه وما يستصحبه من ذلك وقد شاهدت احد المرضى انه كلما حضر مصر يصاب بالربو على الدوام وكلما توجه اوروبا شفي منه وقد شاهد (سانتير) كثيراً من المرضى يرتاحون جداً في لوندرا وفي هواها الثقيل دون سواها

وقد استكشف اخيراً (وولتوبتي سنة ١٨٧١) تأثير بوليبوس الانف في تهييج الربو وأثبت ذلك مشاهدات (هنيس وهالك) باستئصال البوليبوس في هذه الأحوال ليشفى الربو وكذا تهيج الغشاء الانفي والتهابه وضخامته واعوجاج حاجز الأنف يهيج الربو ولذلك يشفى بعد المعالجة الموافقة أو الكي الكهربائي وقد يرتبط الربو بالأمراض الرحمية أو يظهر مع حصول الطمث أو الحمل أو الوضع ويزول بعدها وقد يصحب الربو امراض القلب واضطراب الهضم والديدان المعوية وبعض التسممات كالتسمم البولي والرصاصي والزئبقي وبعض الأمراض الجلدية (الانذار) ليس الربو مرضاً خطراً واذا زال سببه يمكن شفاؤه بالكلية والانذار بالأكثر جيد عند الاطفال والشبان وقد يزول بنفسه مع التقدم في السن ويندر جداً مشاهدته بعد سن ٦٤

(المعالجة) المعالجة نوعان تداركية وعلاجية أما المعالجة التداركية فتنحصر في تجنب الأسباب المحركة للنوب وحيث أن هذه الأسباب تختلف بحسب الاشخاص فيلزم كل شخص التنبه لأسباب ما يحرك النوبة عنده ويتجنبها بقدر

١ـ على النوبة والاعياء يجب عدم اكل مواد سميكة في العشاء مطلقاً والسكنى ايضاً لها تأثير ـ اهـ

الامكان ويلزمه مراعاة الأغذية والمسكن واذا كان السبب في الانف يمكن كشط الغشاء المخاطي للجزء الخلفي للحفر الأنفية أو كيه بالكهربائية (الهالك) وأما الادوية الموافقة فاحسنها يودور البوتاسيوم وانما يلزم تدريج المقدار على حسب احساسية الشخص الايديوسنكرازية فيبدى بمقدار ٠,٢٥ سنتي جرام ثم بالتدريج حتى يصل الى ١ أو ٢ جرام وما فوق ذلك (سي) ويداوم على استعماله مع ايقاف تعاطيه نحو ثمانية ايام واستعواضه بالمركبات الزرنيخية (ونروسو) يضيف الى اليودور صبغة اللوبيليا بمقدار ٥,٠ الى ٥٠ سنتجرام أو يضيف الى اليودور صبغة البلادونا بمقدار بعض نقط أو يستعمل الهواء المضغوط او المخلخل أو ينتقل المريض الى جهة البحار أو الجبال لتغيير الهواء

وأما معالجة النوبة فتختلف فعند بعض المرضى تنصرف باستعمال عرق الذهب أو الطرطير المقيئ أو شرب مقدار مغثي من الدخان ولكن لا يفيد الدخان عند المعتادين عليه وكذا منقوع القهوه القوى اذا أخذ ساخنا ربما يصرف النوبة أو يفيد استنشاق الكلوروفورم فأنه قد يفيد موقتا واستعمال صبغة الداتورا أو شرب اوراقها كالدخان أو شرب سجائر اسبيك يصرف النوبة عند كثير من المرضى أو تستعمل صبغة اللوبيليا وخلاصتها أو صبغة البلادونا أو الكلورال أو المورفين حقنا تحت الجلد وكذلك الورق المنترى أو الزرنيخي الذي يحرق بقرب المريض كي يستنشق دخانه وتمتلئ أودته منه ربما يصرف النوبة واخيرا يمكن استنشاق البيريدين فيصب منه من ٨ الى ١٠ نقط فوق المنديل اوبوضع منه من ٤ الى ٥ جرام في طبق بجوار المريض لتصل اليه الابخرة فيستنشقها مدة نصف ساعة ويلزم تكرار الدواء مرتين أو ثلاثة في اليوم مع المداومة عليه بعد النوبة ليتأكد انصرافها ويحترس من عودتها وايضا يمكنه استنشاق نترات الاميل

﴿ الفصل الخامس في امراض الرئتين ﴾

امراض الرئتين للهمة هي الاحتقان والأوزيما والنزيف والالتهاب والخراج والغنغرينا والانفزيما والضغط والدرن والزهري والسرطانة والأكياس

الديدانية

الديدانية

لأجل تسهيل دراسة هذه الامراض نبتدئ بشرح نسيج الرئة بالاختصار ثم نتبعه بذكر الاعراض العامة لهذه الأمراض وطرق البحث عن الصدر فنقول

(أولا نسيج الرئة) الرئة تتركب من فصيصات عديدة منفصلة عن بعضها بمنسوج خلوى ويمكن مشاهدة هذه الفصيصات بسهولة فى الطفل الحديث الوضع لسماكة المنسوج الخلوى الفاصل لها وحيث ان هذا المنسوج يرق جدا كلما تقدم فى السن فلا تسهل مشاهدة الفصيصات عند الكهل الا فيما اذا كان النسيج الخلوى متشربا بمادة سودا وحيث أن الفصيصات الرئوية متجانسة فتكفى دراسة أحدها لمعرفة ما بقى

يمكن تشبيه الرئة بعنقود العنب عيد انه كالشعب وحبوبه كالفصيصات الا ان الفصيص الرئوى عبارة عن كتلة صغيرة اسفنجية متعددة الزوايا أو مخروطية قطرها نحو واحد سنتيمتر مكعب ولها سويقة صغيرة كسويق العنبة يتركب من انبوبة شعبية شعرية ناشئة من انبوبة شعرية كبيرة على زاوية حاده محاطة بفرعيات الشريان الرئوى والأوردة الرئوية والأوعية الليمفاوية والأعصاب وكل من الفصيص الرئوى وسويقه محاط بالمنسوج الخلوى لكن الانبوبة الشعبية الشعرية تنفذ فى الفصيص الرئوى مصحوبة بالشريان الرئوى وبعض من النسيج الخلوى للفصيص الرئوى على شكل مركزى حامل للانبوبة الشعبية الشعرية والشريان الرئوى معاً ودائرى حامل لفرعيات الاوردة الرئوية

ثم أن الأنبوبة الشعبية للسويق تنفذ فى الفصيص وتسمى بالشعبة الشعرية داخل الفصيص وتتشعب فيه تشعبا متواليا وكل شعبة تتشعب ايضا وهكذا وتنتهى الفرعيات النهائية بانتفاخ مجوف مخروطى يسمى بالدهليز ويتصل ذلك الدهليز بثلاث أو خمس قنوات تسمى بالقنوات الخلوية او التنفسية وكل قنوة منها تتسع بالتدريج على هيئة قمع وحيث الدهليز والقنوات التفصيلية

تم اسطن بالخلايا الرئوية التى تنفتح فيها بفتحة صغيرة ثم ان مجموع الدهليز والقنوات النفسية وملحقاتها يعبر عنه بالاسيونوس اى الحويصلة الرئوية والفرع الشعبى النهائى المتصل بالحويصلة الرئوية يسمى بالفريع الحويصلى وحجم الحويصلات الرئوية يصل الى ٢ او ٣ ملليمتر مكعب وباجتماع الحويصلات الرئوية يتكون الفصيص الرئوى

واما الخلايا الرئوية فهى التى يتم فيها التبادل التنفسى وتكوين الدم ومتى صار تجفيف الرئة بعد نفخها جيدا تظهر الخلايا الرئوية كأنها محفورة فى جدار الفصيص على هيئة تجويف صغير بيضاوى أو مستدير ومنفصلة عن بعضها بجدار شبيهة بخلايا النحل وجدر الخلايا تتركب من منسوج خلوى والياف مرنة تسمح للخلية بالتمدد والهبوط وترقيه فروعات الشريان الرئوى على هيئة شبكة شعرية تبرز على سطحه قليلا وعلى سطحه الباطن طبقة بشرية بلاطية رائقية

وكل من الحويصلات الرئوية واجزائها والفصيصات الرئوية محاط بشبكة شعرية من الاوعية الليمفاوية (جرانشيه)

وباعتبار الآفات الرئوية نجد أن الالتهاب الرئوى الحاد فى دور التكبد يملأ الفصيص بنضح ليفى فتبرز الحويصلات الرئوية على سطح الشق على هيئة حبيبات وأما فى الالتهاب الشعبى الرئوى فيكون النضح عادة قيحيا والليفى فيه قليلا لذلك يكون سطح الشق خاليا من الحبيبات وفى الانفزيما الرئوية يتمدد الفصيص الرئوى فى جميع اجزائه وتضمر حواجز الخلايا أو تتثقب . وفى الضمور الرئوى يتكاثف النسيج الخلوى حول الفصيصات الرئوية ويصير ليفيا وبانكماشه تختنق الحويصلة والخلايا الرئوية معا وقد تمتلئ الخلايا الرئوية والنسيج الخلوى والاوعية الليمفاوية للفصيصات الرئوية بالمواد الملونة واتربة الفحم واخيرا تنتشر الحبيبات الدرنية فى الدرن الرئوى فى آن واحد فى جدر الشعب الشعرية وبعض الخلايا الرئوية وجدر الفروع الوعائية الشعرية

الشعرية

(ثانيا في الاعراض العامة لأمراض الرئتين وعلاماتها)

(تنحصر هذه الأعراض في الألم والسعال وعسر التنفس)

(اولا في الألم) الالم اما ان يكون سطحيا أو غائرا والغائر يحس به المريض في حذاء مجلس الاصابة وليس له أوصاف خاصة وأما السطحي فمجلسه غالبا تحت الثدي أو على الخط الابطي ويشاهد في الالتهاب البليوراوي والرئوي ويلزم تمييزه عن الآلام العصبية بين الاضلاع وعن الآلام الحدارية وعن الآلام المتعلقة بآفات الأضلاع

(ثانيا السعال) السعال يحصل من الفعل المنعكس الناشئ من تنبه المسالك الهوائية ويكون جافا أي غير مصحوب بالبصاق أو رطبا أي موجبا للبصاق وقد يحصل السعال بأسباب اخرى كالسعال الحلقي والأذني والسني والمعدي والمركزي

فالسعال الحلقي يحصل إما من الذبحة الحلقية التي تؤثر على الحنجرة المجاورة أو يحصل من دغدغة اللهاة على فتحة الحنجرة ويزول السعال بعد شفاء الذبحة الحلقية أو بتر اللهاة

وأما السعال الأذني فانه يحصل من تهيج القناة السمعية الظاهرة أو تقرحها ويزول بمعالجة الاذن (مارشال)

والسعال السني يحصل مدة المتسنين عند الطفل أو من التهيج الناشئ من وجود جذر السن وحده في السنخ ويزول متى عولجت الاسنان

وأما السعال المعدي فانه يتعلق بامتلاء المعدة أو آلامها العصبية أو نزلاتها عند بعض الاشخاص أو من وصول الديدان (الحراطيم) إليها ويشتد السعال المعدي عادة مدة الليل ويزول بعد القيء وبمعالجة التخمة أو النزلة المعدية

وأما السعال المركزي فيشاهد هدرتادة في احوال الاستيريا ويمكن تحريكه عند الحيوانات بتنبيه ارضية البطين الرابع (كونس) وقد تستند هذا السعال مدة معلقة جدا ويسكن عادة مدة الليل أو متى اضطجع المريض في الفراش أو

يوصع القدمين في الماء الساخن والوصف العام للسعال في هذه الاحوال أن يكون جافا رنانا غير مصحوب باعراض صدرية أخرى

(ثالثا عسر التنفس) يتصف عسر التنفس بالصعوبة أو السرعة أو بالاثنين معاً ويزداد عسر التنفس بعمل الحركات أو التكلم ويتسبب عنه نقص الأوكسيجين في الانسجة ولذلك تكون صعوبة التنفس اشد خطرا اذا حصلت فجأة عند شخص كان متمتعا قبلها بالصحة وأما اذا حصلت بالتدريج كما يشاهد ذلك في امراض الشعب والرئتين ذات السير البطيء المزمن فانها يمكن تحملها مدة مديدة بغير اضطراب ظاهر في الصحة وربما تكتسب التنفس حينئذ هيئة التنفس الصحي في بطئه وهدوه مدة الراحة لأن احتياج البنية يتنوع وينطبق على مقدار الاوكسيجين الوارد بمقدار اقل من العادة ويحصل تخافت في الجسم في نسبة الحركات الاوكسيجينية وتقل تعاطي الاغذية ايضا بالتدريج ويجتنب المريض انواع الحركات الجسمية والمجهودات ومتى شرع في المشي سيما في صعود العوالي والسلم فان صعوبة التنفس تشتد وتوجبه الوقوف لأن الحركات العضلية تحتاج الى زيادة صرف الاوكسيجين ولم يتيسر له الحصول عليه بالتنفس فيلهج ويقف وكذلك اذا طرأ على المريض حينئذ اقل حركة نزلية أو حمية فان سرعة التنفس وصعوبته تشتد جدا فوق نسبة الحركة الحمية

وقد يشاهد عسر التنفس بدون اضطراب في تكسجن الدم كما يحصل في الكوما الديابيطيه وفي داء (بريت) قبل ظهور التسمم البولي بمدة وقد يكون عصبيا متعلقا بالاستيريا

ويوجد نوع من عسر التنفس يقيف يجبر المريض على الجلوس دائما وكلما تهيأ للرقاد أو الاضطجاع يشتد ضيق صدره فيجلس ثانيا ولذلك سمي هذا النوع بعسر التنفس الجلوسي وهو يشاهد عادة في امراض القلب العضوية ويندر في الانفيزيما والربو العصبي والانسكاب البليوراوي والسل المتقدم وتنسب صعوبة التنفس هنا الى ضغط الكبد والاحشاء البطنية على الحجاب الحاجز مدة الرقاد

وقد

وقد يتعلق عسر التنفس بشلل الحجاب الحاجز ويتصف بانخساف البطن مدة التشهيق وبروز هامدة الزفير من الحالة الصحية بسبب جذبها الاحشاء البطنية داخل الصدر بالتشهيق ودفعها خارجة بالزفير ويوجب عسر المجهود والحركات وعسر التغوط والسعال والعطاس

واذا طرأ على الشخص نزلة شعبية ولو خفيفة تعرضت حياته للخطر واذا كان الشلل في نصف الحجاب الحاجز تشاهد الظواهر البطنية للتنفس في نصف البطن فقط

وأما عسر التنفس المعبر عنه بتنفس شيستوك فانه يتصف بصعوبة في التنفس تاتي على نوب تطرأ فجأة عادة ويعقبها بطء في حركات التنفس ينتهي بوقوفه مدة نصف دقيقة أو دقيقة ثم يتجدد التنفس ويكون في الابتداء بطئا جدا سطحيا ثم يأخذ في السرعة تدريجا حتى يعود الى حالته الأصلية التي كان عليها قبل النوبة وتختلف مدة النوبة وقد تكرر في كل يوم مدة أيام الى بعض أسابيع أو أشهر وهذه الظاهرة ليست متعلقة بأمراض الصدر بل تشاهد في الاستحالة الشحمية للقلب وفي الانزفة الغزيرة والسكتة المخية والالتهاب السحائي والأورام الدماغية والنوم الكلوروفورمي والافراط من تعاطي المورفين الى غير ذلك وقد تحصل في اليقظة أو النوبة أو الكوما وفي مدة النوم تضيق الحدقة ويسرع النبض ويبطئ في نسبة حركات التنفس وتنسبوا التنفس الشيوستوكي الى انيميا المراكز النفسية للمخ وهو عادة يعلن الخطر وسرعة الوفاة

(ثالثا في طرق البحث عن الصدر)

قد صار اتقان البحث عن الصدر متينا منذ استكشاف القرع والتسمع والمكرسكوب وأما البحث النظري عن الصدر والجس بواسطة اليد فيلزم اجراؤه من أول الأمر ولنذكره على هذا النسق فنقول

(أولا في البحث النظري عن الصدر) متى تجرد المريض من ملابسه ينظر الى

صدره لمعاينة هيئته وشكله وحجمه وحركاته فيجلس المريض على راحته مستقيما بحيث يسقط الضوء على صدره عاموديا ثم بانحراف ويجب تغطية الظهر والكتفين مدة البحث على الوجه المقدم للصدر ثم تغطية الصدر عند البحث عن الظهر ثم تعد حركات التنفس في الدقيقة وأوصافها وطول مدة الزفير والمسافة بين الزفير والشهيق والتنفس الصدري والبطني وبعد معاينة الصدر من الأمام والخلف تلزم المعاينة الجانبية وينظر الى أعلا الصدر فتقابل حركة الجهتين اليمنى واليسرى

ويبحث عن الحفرة تحت الترقوة بأن يقف الطبيب خلف المريض وينظر الى الحفرتين من أعلا الى اسفل ليعاين درجة انخسافهما أو بروزهما أو اختلافهما ا انما يشترط ان يكون المريض جالسا مستقيما كما ذكر ويعتنى في ذلك عند الأطفال خصوصا لأن مرونة العامود الفقرى عندهم يتسبب عنها صعوبة الجلوس باستقامة

ثم لأجل مقابلة نصفى الصدر يستعمل السيرفوميتر (جى فو الليس) ومن المعلوم ان النصف الايمن للصدر أكبر من النصف الايسر بنحو قيراط وأما الاستيتومتر والسيرو ميتر فليس لهما استعمال في الأكلينيك

(ثانيا فحص الصدر بواسطة اليد) متى وضعت اليد على الصدر المجرد من الملابس عند الشخص السليم يحس باهتزاز واصف وقت التكلم (تشبه صوت قراءة القطط) يعبر عنه باهتزاز الصوت يزداد متى تكاثفت الرئة وينقص أو يزول متى تباعدت الرئة عن جدر الصدر بسبب وجود انسكاب بليو راوى مثلا ولأجل ضبط تقدير الاهتزاز الصوتي يلزم وضع الراحة كلها على جدر الصدر ويؤمر المريض بالتكلم بصوت عال بطيء وتقابل قوة الاهتزاز في جهتى الصدر على التوالى ثم في الأجزاء العليا والسفلى من الصدر وأول من وجه الفكر الى هذا البحث هو المعلم (رينو ١٨٢٩)

(ثالثا في القرع) أول من تكلم على القرع (اونبروجر) ثم (كورفيزار) واخيراً (پيوريى)

(بيورى سنة ١٨٢٨) و (انبروجو) كان يقرع الصدر بواسطة الاصابع منضمة أناملها فى حذاء واحد منبسطة وكان يقرع الصدر بالأنامل مباشرة أو فوق قميص المريض وهذه الطريقة البسيطة الى الآن تستعمل لمعرفة حالة الصدر بالتقريب ثم أن بيورى عين أحوال القرع وكان يستعمل صفيحة رقيقة من العاج تسمى بليسيمتر يمسكها بابهام وسبابة اليد اليسرى ويضعها على الصدر ثم يقرع عليها أما بأنامل السبابة والوسطى من اليد اليمنى أو بمطرقة مخصوصة تسمى بلسيمتر وهذه الطريقة لاتتعب المريض خصوصا عند استعماله لارشاد التلامذة الا أنها غير متبعة فى عموم أوروبا واغلب الأطبا يكتفى بالقرع بالأنامل على ظهر الأصبع الوسطى لليد اليسرى فيحل ذلك هنا محل البليسيمتر ومن الضرورى الاعتناء فى القرع فيلزم ان لاتتجاوز حركة القرع مفصل اليد اليمنى ويلزم ان تكون الاصابع القارعة عامودية حال القرع ويفعل القرع فجأة وعلى حسب قوة القرع يقال له القرع الضعيف أو الكلى والقرع القوى أو الغائر ويلزم اختلاف قوة القرع على حسب سمك الأحشاء الرخوة لأنها كلما كانت سميكة يكون القرع بقوة والعكس بالعكس ويشترط أن لايتألم منه المريض الا ان بعض المرضى وخصوصا السل يتألم من القرع مهما كان خفيفا وربما حرك السعال أو البصاق الدموى فيلزم تجنبه والاكتفاء بالمعاينة بالنظر والاستماع

ثم ان الصوت الذى يتولد من القرع اما ان يكون أصم اورنانا ولكل منهما درجات فيقال أصم صرف أوتحت اصم ويقال رنان صرف أوطبلى وبالبحث عن الصدر السليم يسمع الصوت الرنان تحت الترقوتين وتحت الأبطين وتحت اللوحين من الخلف ويسمع الصوت الأصم فى حذاء القلب والكبد وفى حدود الأصبية يكون الصوت تحت اصم

ويكون الصوت تحت أصم ايضا فى الحفرة فوق الشوكة وبين اللوحين وحيث ان درجة صوت القرع ليس لها قاعدة عند الجميع فترى الصوت

أقوى رنانية مثلا عند نحيف الجسم وأقل رنانية عند السمين العضلي فيلزم مقابلة الصوت في الجهتين في النقط المتجانسة ليعلم الفرق بين الجهة السليمة والمريضة وبعيض في قرع الحفرتين الترقويتين حيث أنهما في الغالب محل الدرن وإذا كانت الحفرتان اصمتين يقابل صوتهما بصوت القرع تحت الأبط الأيمن وعند قرع الظهر يلزم تصلب ذراعي المريض أمام صدره بقدر الامكان لأجل اتساع المسافة بين اللوحين وسهولة قرعه ويلزم اجتناب القرع على العظام كالترقوة والقص والأضلاع لأن قرعها يحدث صوتا ثانويا ينضم الى الصوت الطبيعي ويعبر عنه بالصوت العظمي وهو يقرب من الصوت المسمى بالاناء المشعور

واختلفت الآراء في تفسير رنانية القرع فالبعض ينسبه الى رنانية الشعب المتوسطة والكبيرة (جي) والبعض ينسبه الى الاهتزاز القفصي لصدري (بوليستو) ويقول انه كلما كانت جدر الصدر سليمة كان الصوت اوضح ولذلك يضعف الصوت عند المصاب براشيتسم واعوجاج في العامود الفقري أو الأضلاع وأما الأصمية فتفسر بعدم حصول الاهتزاز الذي يولد الصوت

وخلاف الصوت الأصم والرنان ودرجاتهما يتولد من قرع الصدر في بعض الأحوال أصوات اخرى كالصوت الزلعي وصوت الاناء المشعور

أما الصوت الزلعي فهو صوت مخصوص يوجد وحده أو يكون مصاحبا للصوت الأصلي وهو يشبه الصوت الذي يسمع عند قرع المعدة الممتلئة بالهواء أو بالصوت الذي يحصل من ضرب الخد المنتفخ بالهواء بواسطة الاصبع بقوة فهو حينئذ صوت فوق الصوت الطبلي والصوت الاناء المشعور فهو يشبه صوت ضرب الراحتين ببعضهما أو الصوت الذي يحصل من صفق اليدين على بعضهما بالراحة والمضروب بظهر احداهما على الركبتين ويفسر هذا الصوت بخروج الهواء وقت القرع من فتحة ضيقة وأول من ذكره لاينيك

وخلاف الصوت الذي يسمع من القرع فان الطبيب يستشعر باصبعه باختلاف درجة ملقاومة الأجزاء في النقط المختلفة من الصدر

ثم ان الاصوات المختلفة التي ذكرناها هي في الاكلينك حصول تنوعات يلزم تفسيرها فالصوت الأصم مثلا هو تكاثف أو تيبس النسيج الرئوي أو ضغطه تحت انسكاب بليورا وى أو خلاف والأصمية في الانسكاب البليوراوي أقوى من غيرها وتصحبها مقاومة تحت الأصبع أكبر من غيرها خصوصا اذا كان الانسكاب غزيرا والصوت الرنان الطبلي هو عادة حالة انفيزياوية في الرئتين أو انسكاب هوائي في البليورا واجتماع الصوتين الأصم مع الطبلي والتحت طبلي والمعظمي يشاهد متى تكونت تجاويف عارضية في النسيج الرئوي وحال بينها وبين الجدر الصدرية طبقة سميكة من نسيج الرئة المتكاثف أو من البليورا السميكة أو متى انسكب الهواء في تجويف البليورا وكانت البليورا سميكة متكاثفة ونحو ذلك

وقبل الانتقال الى التسمع نذكر هنا ظاهرة تشاهد حالة القرع عند الاشخاص النحفاء الجسم جدا وهو حصول تقلص في العضلات التي يقع عليها القرع وخصوصا في العضلات الصدرية الكبيرة فيحصل انقباض على هيئة عقدة مستديرة يتد من محل القرع الى حافة العضلة على هيئة موج البحر وقال بعضهم ان هذه الظاهرة خاصة بالسل ولكنها ظاهرة فسيلوجية تشاهد عادة في العضلات في حالة النهوكة المتقدمة

(رابعا في التسمع) التسمع يكون بالأذن وحدها مباشرة على جدر الصدر المغطاة بطبقة من القماش فقط وأول من تكلم عليه (لاينك سنة ١٨١٥) يفضل في قسم الظهر لأنه يعلن بحالة الرئة في اتساع كبير وسرعة الاجراء به توافق المريض الذي لا يمكنه الجلوس في الفراش الا بمساعدة الغير ولكن في أغلب الأحوال يستعمل الطبيب المسماع بأنواعه

اما المسماع البسيط سواء كان من المعدن أو الخشب فالاحسن منه ما كان من قطعة واحدة بدون مفاصل لأن الصوت الواصل الى الأذن يكون به اقوى ومن المعلوم أن تجويفه لا يقصد به توصيل الصوت بل الغرض منه خفة المسماع وان معظم الصوت يصل الى الاذن بواسطة جدر المسماع ويشترط في استعمال المسماع المذكور تحكيم قاعدته على جدر الصدر وعدم الضغط عليه بالأذن بدرجة تؤلم المريض كما أنه لا يلزم الضغط على جزء من قاعدته بدرجة اقوى من الضغط على الجزء الآخر ويلزم وضع المسماع أولا في المحل

المقصود ثم تحكيم الأذن عليه ولا يفضل العكس اى لا توضع الأذن على السماع قبل تركيبه فى محله حسب الاقتضا

وأما السماع ذو اللى المرن سواء كان فرديا (اى لأذن واحدة) أو مزدوجا اى للأذنين معا، فانه يحتاج الى تعود مخصوص لأنه يقوى الصوت جدا وأقل حركة تحصل فى اجزائه أو تلامسه تحدث دويا يكدر الصوت الصدرى وبالنسبة لكبر حجمه يزحم الحكيم فى حمله ولكنه ارجح فى سهولة البحث عن اجزاء الصدر المختلفة بل وللجانبين والظهر بدون تحريك المريض بقوم ولا اجلاسه ويفضل استعماله اذا كانت الأصوات ضعيفة جدا أو مشكوكا فيها وفى البحث عن القلب والحنجرة وأوعية العنق والحفر فوق الشوكة

ومهما كان نوع السماع يلزم الاعتنا بابعاد ملابس المريض عن ملامسته والقرب منه واذا كان فى الجلد شعر ربما حصلت منه فرقعة تكدر الصوت فيتدارك ذلك بتغذيه

(فى استماع التنفس) من المعلوم ان التنفس الطبيعى يسمع له خرير يعبر عنه بالنفخ التنفسى أو الحويصلى الطبيعى وهو يشبه سير النسيم الخفيف ونفخ الشهيق اطول وأقوى من نفخ الزفير الذى لا يكاد يسمع عادة ويتصل بالزفير حالا ويختلف النفخ التنفسى فى حالة الصحة على حسب الاشخاص ففى سن الطفولية يكون اقوى ولذلك اذا شوهد عند الكهل عند اسباب مرضية يعبر عنه بالتنفس الطفلى ويكون قويا عند نحفاء البنية وخفيفا عند السمان ذوى العضلات القوية ويكون خفيفا جدا حتى لا يكاد يدرك عند بعض الاشخاص طبيعة ويختلف قوته فى اجزاء الصدر المختلفة وحيث ان النفخ التنفسى يكون ... فى نسبة رنانية القرع فيمكن ان يطبق عليه ما سبق ذكره عند الكلام على القرع ... النفخ يكون فى حالة الرنانية اقويا والأصمية يوافقها ضعف النفخ أو فقده والأسباب التى تنوع الرنانية والصوت التنفسى متشابهة

ويوجد فى الحالة الطبيعية المغاط اخرى تسمع فى محال محدودة يلزم معرفتها وتلك كالنفخ ... أو الأنبوبى الذى يسمع فى الظهر فى المسافة التى بين اللوحين وخصوصا فى الجهة اليمنى فى محاذاة اتصال الفقرة السابعة العنقية بالأولى الظهرية وفى مقدم الصدر أسفل

أسفل المفصل القصي الترقوي وفي محاذاته لاسيما في الجهة اليمنى عند النساء ويتميز النفخ القصبي من النفسي بكونه أقوى منه والنفخ الزفيري فيه قوة النفخ الشهيقي تقريبا وبينهما مسافة واضحة ويسمع النفخ القصبي بدرجة أوضح مما ذكر بالمسماع في محاذاة العصبة الهوائية وأوضح من ذلك في حذاء الحنجرة

وإذا كان الشخص طريح الفراش بأي سبب كان وصار البحث عن صدره لاسيما في حذاء القاعدة يرى أن النفخ النفسي ممزوج ببعض فرقعة تشبه الفرقعة المرضية وتتميز بكونها أتت تنفس الشخص بقوة مرتين أو ثلاثة لأنها كانت ناشئة من هبوط بعض الخلايا الرئوية فقط لعدم استعمالها الوقتي

٢ نزول

ثم أن تمييز النفخ النفسي الطبيعي من النفخ الشعبي المتعلق بالآفات المرضية هو المقصود بالذات من التسمع الصدري أما النفخ المرضي المتعلق بالالتهاب الشعبي والآفات الشعبية فإنه قد يكتسب حدة زائدة فيصير صفيريا أو موسيقيا جافا أو مصحوبا بخراخر مختلفة خفيفا أو قويا بحيث يسمع على بعد وأما النفخ المرضي المتعلق بالرئة فإنه يكون عادة في نسبة الاصمية ويصحب كثافة الرئة ويبسها أو ضغطها أو تكون فيها تجاويف ويتصف بقوة النفخ في الشهيق والزفير سواء وانفصالهما بمسافة واضحة وعلى حسب أوصافه أعطيت له أسماء مختلفة فإذا كان يشبه النفخ في أنبوبة يسمى بالنفخ القصبي أو الأنبوبي أو الشعبي وينسب النفخ المذكور لمرور الهواء في الحنجرة واحتكاكه في حذاء الأحبال الصوتية ووصول الاهتزازات الصوتية إلى الصدر وقد يشبه النفخ في دورق فارغ فيسمى بالنفخ الزلعي أو البلاصي

وخلاف ذلك تسمع في الصدر الغالط عارضية لا تشبه النفخ الطبيعي ولا المرضي وذلك كصوت الاحتكاك البليوراوي والفرقعة أو الخراخر الشعبية التي تكون إما جافة شبيهة بفرقعة ملح الطعام فوق الجمر وإما أن تكون رطبة شبيهة بمرور فقاقيع الهواء في الصابون وإما أن تكون رنانة موسيقية وإما أن تكون مخاطية شبيهة بالغرغرة وبالنظر لحجم الفرقعة يقال لها صغيرة ومتوسطة وكبيرة وقد تكون قوية بحيث تسمع على بعد كالخراخر القصبية الحنجرية وتنسب الفرقعة والخراخر لجذب الهواء في المادة المخاطية والسائلة

للشعب فكل فقاعة هوائية يحصل منها فرقعة واحدة وبعضهم (تراويا) يفسر
الفرقعة بأن الغشاء المخاطي الشعبي متى كان هابطا على نفسه وسطحه ملتصق ببعضه
فأن انفصاله الفجائي في عقب الحركات أو مرور الهواء يحدث الفرقعة

(في استماع الصوت) للصوت باستماع الصدر في حالة الصحة وقت التكلم لا يسمع الا دوي
لا تفسر فيه الكلمات الا في الجزء العلوي من الظهر على جهتي المسافة بين اللوحين
فأنه قد يفسر في الدوي بعض الكلمات كما اذا وضع المسماع فوق القصبة في الحنجرة
فأن تفسير الكلمات يكون أوضح واما في بعض الأحوال المرضية فأن استماع الصدر
يوصل الى الأذن صوت الكلمات واضحة بدرجات مختلفة فاما أن يتهيأ لنا أنها
صادرة من محل بعيد فيقال ـــــ لها الصوت الشعبي أو التكلم الشعبي
واما ان يتهيأ لنا أنها واردة من الصدر تحت المسماع فيقال ـــــ
لها الصوت الصدري أو التكلم الصدري

ويسمع التكلم الشعبي عادة مع النفخ الشعبي أو الانبوبي متى كان نسيج الرئة
متكاثفا أو منضغطا ويسمع التكلم الصدري مع النفخ الزلي متى كانت الرئة مندمجة
النسيج وفيها تجويف فارغ ويسمع التكلم الصدري بايضاح متى تكلم المريض بصوت
الوشوشة وقد فسر المؤلفون حصول التكلم الشعبي والصدري بأن تكاثف
الرئة يجعلها موصلة للصوت بأقوى درجة من الرئة الاسفنجية في الحالة الطبيعية
وقد يتنوع صوت المريض تحت المسماع فيصير أكثر حدة كأنه فضي متقطع يشبه
صوت المعز ولذلك سمي بالصوت المعزي ويتضح عند نطق بعض الحروف كحرف ج
الفرنساوية ويكون أقوى من حرف خ وأقوى منه في حرف u وأما في حرف ae
فأنه يكون قليل الوضوح ولا يسمع الصوت المعزي اذا غنى المريض أو ضرب المزمار
وسنعود الى ذلك عند الكلام على الانسكاب البليوراوي

(المبحث الأول في الاحتقان الرئوي)

الاحتقان الرئوي كغيره من الاحتقانات ينقسم الى تواردي واحتباسي
أما الاحتقان التواردي فيحصل من استنشاق الابخرة المهيجة أو من الانتقال

من الجو

من الجو الساخن الى البارد بغتة أو بالعكس أو من وجود آفات مهيجة فى الرئة كالأورام
والدرن ويعقب انقطاع الاندفة الطبيعية كالطمث والعارضية القديمة كالبواسير
ويحصل بفعل منعكس بعد الحرق ويصحب بعض الامراض العامة ويزيد فى خطرها كالحميات
الطفحية والآجامية والتيفودية والروماتيزم والنقرس وقد يرافق الأمراض المخية
كالنزيف المخى واللين أو يتعلق بمرض عصبى كالأستيريا
واعراضه هو عسر التنفس والسعال وألم الجنب المختلفة فى الشدة على حسب درجة
الاحتقان فاذا كان الاحتقان قويا يحصل فى الغالب نزيف رئوى مصحوب بنفث دموى
و يشتد عسر التنفس الى درجة الأسفيكسيا وتوجد بالتسمع علامات الأحتقان
الشعبى الرئوى والاوذيما وربما هلك المريض فى مسافة بضع ساعات
وأما الاحتقان الاحتباسى ويسمى ايضا بالالتهاب الرئوى الركودى فانه ينشأ عادة
من آفات القلب او يعقب الرقاد المستطيل واعراضه بطيئة السير وتصحبه عادة
أصلية وتصحبه زيادة فى صوت التنفس تقرب من النفخ الشعبى وتتضاعف عادة
بالاوذيما الرئوية ويعقبه نضح متلون يؤثر على جدر الخلايا الرئوية وبشرتها
البلاطية ويكتسب نسيج الرئة الهيئة الطحالية بمعنى أنه يصير مندمجا محمرا
ويعالج الأحتقان التواردى بالفصد العام والحجامة الرطبة وأما الاحتقان
الاحتباسى فيحتاج لمعالجة الآفة القلبية الاصلية التى سببته وتغيير اوضاع
المريض الطريح الفراش لمنع ركود الدم فى الجهات المنحدرة من الرئة

(المبحث الثانى فى أوذيما الرئة)

أوذيما الرئة هو امتلاء الخلايا الرئوية والنسيج الرئوى بنضح مصلى ويصحبها فى
العادة احتقان الرئة الركودى أو التواردى وبالنظر لشدة الاعراض يعبر
عنها بالأوذيما الحادة أو المزمنة أو بالسكتة المصلية للرئة وبالنظر الى محلها
تكون الاوذيما عامة للرئة أو الرئتين أو جزئية
(الاسباب) جميع الأسباب التى تحدث الاحتقان الرئوى تهيئ الأوذيما
أو تحدثها كآفات الصمامات وضعف القلب الايمن والحميات المضعفة للقلب

الموجبة للرقاد المستطيل وداء (برايت) وتصحب الاوذيما الامراض الموضعية للرئة
ايضا كالالتهاب والاورام وتتعلق الاوذيما في بعض الاحيان بامراض الدم التي
توجب فيه نقص الزلال كالكاشكسيات او تعقب استنشاق الغازات المسمة كاوكسيد
الكربون

ويمكن مشاهدة الاوذيما الذاتية للرئتين عقب شرب الماء البارد او الاستحمام
به والجسم حار او مغمور بالعرق وكذا البرد وتغير درجة الحرارة الجوية [illegible]

(التشريح المرضي) اذا كانت الاوذيما عامة في الرئتين يشاهد عند فتح الصدر انهما
متزايدتان في الحجم منتفختان حويصلاتهما وفاقدتان اللون الطبيعي بدرجة مختلفة وتحفظ
اثر الاصبع بعد الضغط عليهما لا سيما اذا كانت الاوذيما قديمة بحيث تفقد مرونة
الرئة بالكلية وبالتقطيع يسيل منهما سائل مائي رغوي غير [illegible] او محمر وردي
او يكون محمرا قليلا او اسمر ويكون النسيج الرئوي كأنه منقوع و[illegible] سهل
التمزق

(الاعراض) تتصف الاوذيما بعسر التنفس وسرعته و[illegible] السيانوزي
ونقص الحس وسيانوز الوجه والتنفس وحصول ارتعاشات او انقباضات عضلية
تسبق الموت بالاسفكسيا

ويتسبب عن الاوذيما في الابتداء سعال يعقبه ابصاق مائي رغوي رائق شبيه
بالزلال المضروب او ماء الصابون ويكون محمرا او مختلطا بالدم وهو نادر
وبالبحث عنه بالميكروسكوب يوجد فيه [illegible] وبعض
كرات دموية حمراء او قيحية وبعض خلايا بشرية [illegible] في الصدر [illegible] بل
يعقبه ضعف السعال وتراكم المصل في الخلايا الرئوية والنسيج الرئوي الذي يؤدي
الى الاختناق

وبالقرع تكون الرنانية محفوظة في الابتداء ثم تنقص قليلا ثم متى [illegible]
[illegible] توجد
في الابتداء [illegible] او [illegible] في انقطاعها
الرئة

الرئوية والشعب الصغيرة ونتيجة الاوزيما يسمع التنفس الشعبي

(التشخيص والانذار) أوصاف البصاق والعلامات الطبيعية تكفي لتشخيص الاوزيما وانذارها عادة ثقيل لانها ربما تقتل الشخص فجاة في شكلها السكتي ويتعلق خطرها أيضا بالسبب المرضي الذي يحدثها

(المعالجة) المعالجة الواقية مهمة جدا في تدارك حصول الاوزيما الرئوية التابعة لامراض القلب والحميات مثلا فتعطي الادوية القلبية ويغير وضع المريض لاجل تجنب ركود الدم وتتدارك أو تعالج الاوزيما التابعة لداء (برايت) بالمعرقات ومدرات البول والمسهلات الشديدة

وأما المعالجة الدوائية المتضمنة تقوية القلب فهي بالأنبذة والمنبهات وتعاطي المنفثات لاجل سهولة خروج المصل من الخلايا الرئوية وتوضع المحولات على الجلد كالمحاجم الجافة والخردل والحمامات القدمية والبرودة والدلك الجاف أو الكوئي

(المبحث الثالث في النزيف الشعبي [illegible] الرئوي والنفث الدموي)

النزيف الشعبي ينشأ من الاوعية الشعبية [illegible] يحصل في سطح الغشاء المخاطي المبطن الشعبي والنزيف الرئوي ينشأ من الاوعية الرئوية ويحصل في النسيج الرئوي نفسه أي في الخلايا الرئوية وأما النفث الدموي فهو لدية تنزف الدم الى الخارج سواء كان منشاؤه الحنجرة أو القصبة أو النزيف الشعبي أو الرئوي

وأما لفظ سكتة رئوية فهي كلمة ليس لها معنى ويلزم رفضها هنا

(الاسباب) النزيف الشعبي [illegible] جميع الاسباب التي توجد الاحتقانات التواردي قد [illegible] كالبرد والجهد و [illegible] وتهيج [illegible] طبيعي كالاشعث أو اعتياديّ كالبواسير أو يحصل بالتدرن او [illegible] الشعبي أو الالتهابات والتقرحات الشعبية أو [illegible] بروجع [illegible] كالاسكوربوت والايموفيليا وفي بعض الاحيان [illegible] في [illegible] النفسية [illegible]

وأما النزيف الرئوي فهو [illegible] هو [illegible] في الصرع المتوالي والاسفكسيا التي [illegible] [illegible] ثم الامراض التي

تحدث ميوعة الدم وفساد الاوعية كالحميات الطفحية (الجدرى الاسود) والبرقان الخبيث وأما النزيف المتعلق بداء (برايت) فلا نعلم أسبابه حينئذ

وآفات الصمام المترالى تكون وحدها فى الغالب سببا فى حصول النزيف الرئوى لانه يعقبها اعاقة الدورة الرئوية وضخامة القلب الايمن فى بعض الاحيان حتى رافقتها فساد الأوعية الشعرية واستحالاتها فانها تسبب النزيف الرئوى وكذا السدد السيارة الصادرة عن الأذين الايمن قد تولد النزيف الرئوى ويشاهد النزيف الرئوى ايضا فى غنغرينة الرئة وأورامها وجروحها

والنزيف الرئوى أكثر حصولا عند الرجل عن المرأة ويشاهد غالبا بين سن ١٥ و ٣٠

(التشريح المرضى فى النزيف الشعبى) تكون الآفات سطحية عادة ويكون الغشاء المخاطى باهتا أو محتقنا والانابيب الشعبية خالية من الدم أو محتوية على بعض جلط دموية كثيرة أو قليلة

وأما فى النزيف الرئوى فالآفات عديدة فأما ان يتمزق النسيج الرئوى ويجتمع الدم فى بورة وربما تتمزق البليورا ايضا وينسكب الدم فى تجويفها وهذه الآفات نادرة (جاندرين) ويتخلل الدم فى الغالب فى النسيج الرئوى والخلايا الرئوية بدون ان يمزقها فتنغم وتظهر على هيئة نوايات صغيرة مجلسها العادى فى قاعدة الرئة من الخلف وبشق الوتر يرى سطح الشق مرينا بحبيبات سودا ناشئة عن انعقاد الدم فى الخلايا الرئوية ولحمتها وتوجد الشعب الشعرية والاوعية الشعبية الشعرية ايضا منسدة بالجلط الدموية واذا عاش المريض مدة بعد النزيف الرئوى تنتهى البورة الدموية كالة من اربع فانها أما ان تجف وتتصلب وتصير فيغما تنية او تستحيل الى الحالة المتجبنة وتنصرف أو يتسبب عنها التهاب رئوى أو بليوراوى محدود أو تعقبها غنغرينا رئوية محدودة

(الاعراض) النزيف الشعبى يعقبه عادة نفث دموى فاذا كان مقدار الدم وافرا يخرج من الفم والانف معا بقوة وربما نزل بعضه فى المعدة ثم يخرج منها بالقئ وقد يصل مقدار ذلك الدم الى بعض ليترات ويهلك المريض بسرعة وهذا هو المعبر عنه بالنزيف

بالنزيف الصاعق)

ويكون النزيف أقل حدة في الغالب فيخرج بالسعال على هيئة دم أحمر قان رغوى طعمه ملحي يستمر من ربع الى نصف ساعة أو أكثر أو ينقطع ثم يعود بعد مضي بعض ساعات أو في اليوم الثاني وربما تكرر عدة ايام متوالية ولكن النفث الأخير لا يستمر الدم فيه قانيا رغويا بل يصير عادة مسودا لزجا غير رغوى لأنه يكون من بقايا النزيف الابتدائي

والنفث الدموي اما ان يحصل فجأة فيوجب اضطراب الشخص وفزعه واما ان يسبقه الاحساس بانقباض الصدر وحرارة خلف القص وفي الحلق وفي بعض الاحيان يسبقه الرعاف واذا كان النزيف عرضيا للطمث فانه يتكرر في المواعيد المعلومة للطمث

ولا توجد علامات طبيعية مخصوصة للنزيف الشعبي غير العلامات المتعلقة بالسبب وأما اعراض النزيف الرئوى فانها تغاير النزيف الشعبي ولا يشاهد فيها النفث الدموي غالبا واذا حصل يخرج الدم مسودا غير رغوى لزجا ممتزجا ببعض المواد المخاطية الشعبية ومقداره قليل جدا بالنسبة للنزيف الشعبي وقد يستمر ١٠ او ٢٠ او ٣٠ يوما متوالية ،

وبالقرع اذا كانت البورات الدموية كبيرة أو سطحية توجد أصمية مختلفة وبالتسمع يوجد نفخ وصوت شعيبي والالتهاب الرئوى التابع للبورات الدموية نادر والغنغرينا الرئوية وتمزق البليورا تعد عوارض خطرة

ولا يعقب الانزفة الرئوية البسيطة حصول الدرن في الرئة كما زعم (فيمايير)

وعلى العموم متى كان النزيف الشعبي الرئوى غزيرا تشاهد أعراض الفقد الدموي المعتادة كبهاتة الوجه وصغر النبض والعرق البارد والاغما وعسر التنفس التي تختلف شدتها باختلاف السبب

(التشخيص) لا يسهل تشخيص النزيف الشعبي الرئوى الا بالنفث الدموي ولكن يلزم تمييز منشئه هل هو من الصدر أو من المعدة أو من الرعاف وقد سبق ذكر أوصاف الرعاف وسنذكر الاوصاف المميزة للنزيف المعدى فيما بعد ثم متى ثبت أن النفث

الدموى ناشئ من الصدر يلزم تعيين مجلسه وسببه بقدر الامكان ويتوصل الى ذلك بالبحث عن أوصاف النفث الدموى وعن الاعراض المصاحبة له ويبحث عن الحنجرة والاودجى والرئتين والقلب

وقد ذكرنا ان ضمن آفات الحنجرة سرطانها وأنه يحدث بالاكثر انزفة صغيرة وتمزق الاورطى فى القصبة أو الشعب فيعقبه نزيف قاتل أو نزيف عن بو يستمر مدة أيام أو عدة اسابيع وهذه الاحوال وان كانت نادرة الا أنه يلزم معرفتها لاجل الانذار ولا يلتبس النزيف العرضى أو الاستيرى بالنزيف المتعلق بالدرن وقد شاهدت حالة نزيف استيرى تكرر مدة سنين عند مريضة لم يزل صدرها سليما

وأما تمييز النزيف المتعلق بآفة قلبية عن النزيف المتعلق بالدرن فانه يحتاج الى البحث المدقق عن القلب والرئة واذا لم تتضح الآفات الدرنية يعسر التشخيص فى الابتداء فيلتجأ الى البحث المكرر وسكون عن النفث المدمم واذا وجد فيه الباسيل الدرنى يتقرر الحكم

(الانذار) يختلف الانذار والاكلينيك على حسب مقدار النزيف ودوامه فالنزيف الصاعق يعقب تمزق الأورطى او أحد فروع الشرايين الرئوية والنزيف المصحوب بالحمى (عند المدرنين) أخطر من غير المصحوب بها ويختلف الانذار ايضا تبعا للآفة الرئوية أو القلبية التى كانت سببا فى حصوله

(المعالجة) معالجة النزيف الشعبى ليست فى صعوبة معالجة النزيف الرئوى واذا كان النزيف متعلقا بابتداء الدرن يمكن ايقافه بأخذ مقيئ (من عرق الذهب ٣٠ ومن الطرطير المقيئ ٠٫٠٥ يؤخذ مرة واحدة) أو يعطى من عرق الذهب مقدار سنتى ٠٫١ كل [illegible] ساعة أو ساعة) أو يستعمل محلول فوق كلورور الحديد تجزيئا (٥ جم على ١٥٠ من الماء)

ويلزم استراحة المريض فى الفراش ومنعه من التكلم والحركة والمجهود ويعطى للشرب [illegible] أو كوكليا أو مشروبات حمضية باردة أو يستحلب قطعا صغيرة من [illegible] أو يأخذ كل ساعة ملعقة من [illegible] الآتية [illegible]

٢٠جر شراب الراتانيا ٤٠جر وماء رابيل ٢جر) او ليستعوض ماء رابيل بالارجوتين ٤جر او تعطى له المركبات الافيونية واذا لم يقف النزيف تكون وضع مثانة مملوءة بالجليد على صدره وفعل حقنة تحت الجلد من الارجوتين (١ جر ارجوتين ايمون)

وبعضهم يوصى بوضع حراقة على القص او فى حذاء محل الاحتقان والاحسن وضع محوّل على الاطراف السفلى كالمحاجم الجافة ومجم جونو لحزل

واذا كان النزيف الرئوى متعلقا بآفة فى القلب تعطى الديجيتالا وحدها او مع البلادونا

المبحث الرابع فى الالتهاب الرئوى الليفى الحاد

متى قيل التهاب رئوى فقط بدون تعيين نوعه يفهم منه عادة انه الالتهاب الرئوى الليفى الحاد اى المضى المليفوموكوكى وهو المقصود بالذات هنا

واما فى الالتهابات الرئوية فلا بد من تعيين نوعها فيقال مثلا الالتهاب الرئوى الفصيصى اى الالتهاب الشعبى الرئوى الذى يعقب الالتهاب الشعبى الشعرى غالبا والالتهاب الرئوى الصديدى العفن الذى يعقب السدد العفنة والالتهاب الرئوى الجرحى الذى يعقب جروح الصدر او وجود الاجسام الغريبة فى الشعب والالتهاب الرئوى الاحتباسى او المركودى او الاعزازى الذى سبق ذكره فى الاحتقان الرئوى والالتهاب الرئوى المزمن اى الاسكليروزى اى سيروز الرئة والالتهاب الرئوى الجبنى المتعلق بالسل الرئوى وسنتكلم على هذه الانواع قريبا فى مواضعها

(التشريح المرضى) الالتهاب الرئوى يصيب الرئة اليمنى اكثر من اليسرى كنسبة $\frac{5}{3}$ ويكون فى جهة واحدة اكثر من الجهتين فى نسبة $\frac{4}{1}$ ومجلسه غالبا فى قاعدة الرئة فينتج من ذلك ان التهاب قاعدة الرئة اليمنى هو الاكثر حصولا ثم يأتى بعده التهاب قاعدة الرئة اليسرى ثم التهاب قاعدة الرئتين معا ثم التهاب الفص العلوى للرئة اليمنى واخيرا التهاب قمة الرئة اليسرى وفى النادر يكون مركزيا

ويكون الدم فى الالتهاب الرئوى كثير الليفين بحيث يزيد مقداره عن المعتاد مرتين أو ثلاثا

واعتاد المؤلفون من عهد (لانيك) على تقسيم الالتهاب الرئوى الى ثلاث درجات الاحتقان والتكبد الاحمر والتكبد السنجابى

أما الاحتقان فانه يتصف بشدته ولونه الغامق وانتفاخ النسيج الرئوى وارتشاح الاوذيماوى بحيث اذا اضغط عليه يحفظ اثر الأصبع ويوجد الازيز فيه متناقصا ويسيل من سطح شقه سائل محمر رغوى وبالبحث بالميكروسكوب توجد الاوعية الشعرية المتوزعة توجد الخلايا الرئوية محتقنة جدا وممتددة ومتموجة ومحوية بانسكاب دموى تقطى بين الفصيصات وتحت البليورا ويتضح منها مع المصل الدموى كرات حمر أو بيض وتوجد البشرة منفصلة وخلاياها منتفخة حبيبية ومدة هذا الدور من يوم الى اثنين

وأما التكبد الأحمر فانه يتصف بتكاثف النسيج الرئوى ويبسه واكتسابه لونا أحمر داكنا متجانسا ويفقد الازيز فيه تحت الضغط بالكلية ولا يسيل من الشق الا سائل قليل جدا ويتمزق بسهولة لهشاشته ويغطس بسهولة فى الماء لخلوه من الهواء وقد يصل ثقل الرئة الملتهبة الى ١٥٠٠ جرام أو أكثر بدل ٦٠٠ جرام الذى هو ثقلها الطبيعى وبالتأمل لسطح الشق يوجد غامقا حبيبيا وحجم الحبيبات نحو واحد مليمتر ينشأ عن تمدد الخلايا الرئوية ولحمتها وامتلائها بالليفين المنعقد وينسب اللون الاحمر هنا للاحتقان الشعرى ونضح الكرات الحمراء خارج الاوعية ولذلك يبهت اللون بالغسيل ويصير سنجابيا مصفرا

وبالميكروسكوب يوجد خلاف تمدد الأوعية واحتقانها امتلاء الخلايا الرئوية بمادة ليفية منعقدة ومتخللة بالكرات الدموية والخلايا البشرية وبعض كرات قيحية وقد يمتد الارتشاح الليفى الى الانابيب الشعبية الشعرية ويوجد الميكروب المسمى نيوموكوك مرافقا لهذا الارتشاح ومدة هذا الدور من ٣ الى ٥ أيام

وسميت هذه الحالة بالتكبد لاكتساب الرئة هيئة نسيج الكبد ويلزم تمييزه عن التطحل أي اكتساب الرئة هيئة نسيج الطحال كما شاهد عقب الالتهاب الترلي الفصيصي للرئة وعن التلحم الرئوي أي اكتساب الرئة هيئة الكتلة العضلية كما يشاهد عقب الالتهاب الرئوي المزمن وسنعيد الشرح على هذه الآفات التشريحية في محلها وينتهي التكبد اما بالتحليل فتصير المادة الليفية جيلبية وتتنخ الكرات وتذوب وتمتص مواد الارتشاح بعد ذلك بواسطة الأوردة والاوعية الليمفاوية أو تخرج مع البصاق ويشفى المريض ولكن تستمر الرئة محمرة ونسيجها متيبسا قليلا وفاقدا لمرونته مدة مستطيلة (رنيد فلاويشي) واذا لم يحصل التحليل ينتهي التكبد الأحمر بالتقيح

وأما التكبد السنجابي اي التقيح فانه يعرف باكتساب الرئة لونا سنجابيا محمرا أو سنجابيا مصفرا وارتخاء نسيجها بعد كثافته وفقد سطح شقها هيئة الحبيبية وسيلان سائل قيحي مبيض منه بالضغط عليه وتزداد هشاشة النسيج وبالمكروسكوب توجد الخلايا الرئوية ممتلئة بالكرات البيضا والقيحية وترتشح جدرها هنا بالكرات البيضا بعد ان كانت سليمة في التكبد الأحمر وأما الاوعية الشعرية فتكون خالية من الدم وبعضهم ينسب ذلك لضغط متحصلات الافراز عليها والمعلم (رنيد فلاويشي) يقول أنها لم تزل قابلة للحقن وانما فراغها من الدم ينسب لوقوف حركات التنفس والدورة في الميت وعلى كل حال فاجتماع الصديد هنا على هيئة خراج لا يشاهد الا في أحوال استثنائية ولا تشاهد الغنغرينا هنا الا نادرا (فاج) وتكون البليورا في حذاء الالتهاب الرئوي غالبا ملتهبة كابية ومنتفخة أو اكيموزية مغطاة ببعض أغشية كاذبة ولا يحصل فيها الانسكاب الا نادرا ويصل الالتهاب ايضا الى الانابيب الشعبية فتمتلئ بالنضح الليفي مثل الخلايا الرئوية

ويصحب الالتهاب الرئوي عادة التهاب الأوعية الليمفاوية وعقدها ولحتوائها ايضا على ليفين منعقد متخلل بخلايا بشرية وكرات دموية

حمراء أو بيضاء

ومتى كان سير المرض سريعا لا تشاهد في الجثة نحافة ويستطيل التخشب الرمي فيها وقد تكون العضلات مصابة بالاستحالة الشحمية أو تكون جافة ومحمرة بلون لحم الخنزير والقلب الايمن خال من الدم والايسر به جلط دموية ليفية مصفرة ونسيج القلب باهتا رخوا هشا وبجز اليافه ميل الى الاستحالة الشحمية وتوجد الاحشاء البطنية محتقنة والكبد متضخما وكذا الطحال والكلا وأما المخ فانه يكون غالبا محتقنا وفي النادر انيما ويا

واما ميكروب الالتهاب الرئوي فهو البنوموكوك الذى استكشفه (فريد لندر) ويتصف بكونه البيضاوية المدببة الطرفين الحاملة لمحفظة المجتمعة غالبا على هيئة سلسلة ويصحبها عادة ميكروب القيح ويتلون بسهولة بالانيلين ولكن تنبيتها صعب ويحتاج الى درجة حرارة بين ٣٠ و ٤٠ لاجل نجاحه ويشاهد البنوموكوك المذكور دائما في بورة الالتهاب الرئوي وفي العقد الليمفاوية المصابة والبصاق كما انه يشاهد ايضا في الالتهاب الليفي البنوموكوكي الشعبي والبليوراوي والسحائي والتاموري والكلوي وكثيرا ما تشاهد الآفات التشريحية لهذه الاعراض مصاحبة للالتهاب الرئوي وقد يصحبها التهاب الكبد والبريتون والحجاب المنصف التي تحصل عادة بالمجاورة

ومدة دور التفريخ مجهولة فبعضهم يظن انها قصيرة جدا تنحصر في بعض ساعات والبعض يزعم انها قد تصل الى يومين (فلينت) أو أكثر

(الاعراض) يندر جدا سبق الالتهاب الرئوي باعراض مقدمة كالتلل والتكسر أو حركة حمية خفيفة أو رعاف والغالب ان الاعراض تبتدئ فجأة اما بالنهار والمريض في شغله أو بالليل فيستيقظ المريض بقشعريرة شديدة مستطيلة تستمر من نصف ساعة الى بعض ساعات وتوجب اصطكاك الفكين مع الاحساس ببرد شديد ويصحبها أو يعقبها حالا ارتفاع درجة الحرارة الى ٣٩ أو ٤٠ وما فوقهما وكلما اشتدت الحمى تتضح اعراضها فيتقد الوجه وتبرق الاعين وتضل ويقوى العطش ويحس المريض بتألم وانحطاط عام ويسرع [illegible] ويقل البول ويتركز وفي بعض الاحوال تكون القشعريرة خفيفة جدا [illegible] في الالتهاب الرئوي الثانوي

التابعي أو المضاعف لأمراض أخرى ويصحب الحمى أحيانا سيما عند الأطفال حركات تشنجية أو قيء
ويسرع النبض بنسبة الحرارة وقد يصل الى ١٠٠ او ١٢٠ في الدقيقة عند الكهل والى ١٤٠ أو ١٠٠
عند الطفل وأما عند الشيوخ فسرعته خفيفة عادة ويشتكي المريض بصداع شديد وتكسر
في الأطراف وتفقد الشهية ويتغطى اللسان بطبقة تخينة مبيضة وتتضح باقي الأعراض التي
تصحب الحمى على العموم ولكن يحس أن الجلد يستشعر فيه بحرارة جافة محرقة لا نشاهد بهذه
الدرجة في باقي الحميات (اوبيسون)

وبعد مضي نحو ١٢ الى ٢٤ ساعة بعد القشعريرة يظهر الألم في الصدر والسعال والبصاق
المدمم وعسر التنفس وسرعة اللهيثة التي توجب تقطع التكلم وبالبحث عن الصدر توجد
العلامات الطبيعية التي تستمر الى غاية تحليل الالتهاب ويحصل البحران في اليوم الخامس أو
الثامن بعد القشعريرة في الأحوال الحميدة ويتم الشفاء عادة قبل تمام الأسبوعين
ولنشرح الآن الأعراض المذكورة بالتفصيل فنقول

أما الألم فمجلسه عادة بجوار حلمة الثدي أو تحت الإبط وقد يحس به في قاعدة الصدر بقرب
البطن أو في الحفرة فوق الشوكة أو في جهة مضادة لمجلس الالتهاب وقد يبتدئ مبتدرا بعد
القشعريرة ببعض ساعات وقد يفقد بالكلية عند الشيوخ والعادة أنه يكون شديدا جدا
لا يطاق وحيث أنه يزداد بأدنى حركة يرى المريض مجتهدا في تثبيت أضلاعه بالضغط
عليها بيديه ويخفض جهة الألم كي تتقارب الأضلاع من بعضها بقدر الإمكان وأحيانا
يزداد الألم بالازدراد أيضا فترى المريض يجتنب الشرب ويرجح عليه العطش وجفاف الفم

وأما السعال فإنه يظهر تقريبا مع الألم ويوافقه ويتنوع به لأنه يزيد في حدة الألم فيلتزم
المريض بإيقاف سعاله ومنعه أو تقطيعه بقدر الإمكان ومما يزيد في صعوبة السعال
نوع البصاق المخصوص بالالتهاب الرئوي فإنه قليل المقدار نادر ويتكون من مادة مخاطية
رغوية لزجة لا تتزحزح الا بجهد [illegible] المريض
غالبا الى استعمال منديله لاجل استخراجه [illegible] المبصقة بحيث يكون
[illegible] ولون الدم [illegible] اختلاف
[illegible] إن الدم الموجود فيه فتارة [illegible] الحديد ولذلك

يعبر عنه بالبصاق الصدائى وتارة يكون مصفراً باهتاً كالكهرباء أو قشر التفاح أو يكون بالعكس محمراً جداً شبيهاً بالآجر المجروش أو بالدم الصرف ولكن النفث الدموى الحقيقى نادر فى الالتهاب الرئوى وحصوله يعلن غالباً بوجود الدرن او الغورغوزا أو داء برايت ولا يتوقع الانذار عادة

وبالبحث عن البصاق يوجد فيه خلاف المادة المخاطية اللزجة والكرات الدموية والخلايا البشرية بعض انعقادات ليفية خيطية صادرة من الشعب الشعرية وكثير من كلورور الصوديوم وتوجد فيه الخلايا البيضاوية البنوموكوكية

وأما عسر التنفس فانه يظهر من ابتداء المرض ويصير لهثياً ويتميز بزيادة سرعته بالنسبة الى سرعة النبض فعوضاً عن ان توافق كل حركة تنفس اربع نبضات أو اربعاً ونصفاً كما هو العادة يرى ان كل حركة تنفس لا يوافقها هنا الا ثلاث نبضات أو اثنان فقط حتى فى بعض الاحيان لاسيما عند الشيوخ المصابين بايتوم القلب ربما يكون عدد الشهيق موافقاً لعدد النبض أو اسرع منه (ولش) وفى العادة تصل حركات التنفس الى ٤٠ أو ٥٠ فى الدقيقة وقد ترتفع الى ٧٠ أو ٨٠

ثم أن كلاً من الألم والسعال والبصاق يفقد غالباً عند الشيوخ ولكن احمرار الوجنتين وجفاف اللسان وعسر التنفس وتلطيف درجة الحرارة نوعاً فى الصباح يعلن باصابة الرئة وفى الحالتين يلزم البحث عن الصدر لاستكشاف العلامات الطبيعية

فبامعان النظر الى الصدر توجد الجهة المريضة ثابتة أو لا تشترك فى حركات التنفس الا أقل من الجهة السليمة وبوضع اليد على الصدر يحس بزيادة الارتعاش الصوتى فى نسبة امتداد الالتهاب وقربه من سطح الرئة وبقياس الصدر توجد الجهة المريضة أكبر من الجهة السليمة ببعض سنتيمترات وتكون الحرارة فى ابط الجهة المريضة مرتفعة عن حرارة بقية الجسم فى بعض الأحيان (ايشورست)

وبالقرع فى ابتداء المرض أما ان توجد نصف اصمية أو رنانية وقتية يمكن مشاهدتها أيضاً فى دور التحليل وتنسب لوجود الهواء ممتزجاً مع مواد النضح (جالو) وأما فى دور التكبد فان الاصمية تكون عادة تامة مالم يكن مجلس الالتهاب مركزياً

وبالتسمع

وبالمتسمع توجد الفرقعات الواصفة للدور الأول من الالتهاب الرئوى وهى فرقعات دقيقة جافة رنانة يحس بها فى الشهيق فقط دون الزفير ولذلك تتضح مدة الشهيق القوى وبعد السعال وقد شبهها (وليام) بفرقعة خشلة الشعر عند فركها بقرب الأذن وشبهها (لانيك) بفرقعة ملح الطعام الذى يسخن مسحوقه وتنشأ الفرقعة المذكورة فى الشعب الشعرية التى تلتصق جدرها مدة الزفير ثم تنفصل فجأة بقوة الشهيق (وينترنيش) وتسمع الفرقعات المذكورة فى ابتداء بورة الالتهاب أو فى القسم الأبطى وفى بعض الأحيان مع تكرار التسمع بالدقة لا تشاهد الفرقعات فى الالتهاب الرئوى اذا كانت الشعب الشعرية منسدة بالافرازات مثلا أو كان الالتهاب مركزيا وفى بعض الأحيان تستمر الفرقعات فى دور التكبد اذا كان التكبد لا يزال مخاطا بالحقاق الدور الأول أو مصحوبا به فى بعض جهاته وقد تسمع فرقعات شبيهة بها فى أوزيما الرئة أو فى الاحتقان الرئوى الركودى اذا جلس الشخص وفعل حركات شهيق قوية تدخل الهواء فى الشعب الشعرية التى كانت هابطة من قبل وجدرها ملتصقة ببعضها وانفصال الجدر للشعب الفجائى فى الشهيق حينئذ يشبه انفصاله فى الالتهاب الرئوى ولذلك يعقبه صوت فرقعى متشابه أيضا

ثم متى انتقل الالتهاب الى دور التكبد الأحمر فى اليوم الثانى تقريبا تشتد الأعراض العامة الا منها ما الالم فانه يخف فتصل الحمى الى درجة ٤٠ أو ٤١ مع فرق نصف درجة تقريبا فى الصباح ويجف اللسان جدا ويتغطى مع الشفتين بقشور سمرة داكنة ويستمر الامساك أو يحصل اسهال ويتوتر النبض ويتواتر ويكتسب المريض هيئة مخصوصة يعبر عنها بالهيئة الرئوية فتراه جالسا فى فراشه فى حال ضجر وتمدد فتحات انفه بسرعة حركات الشهيق والعضلات الترقوية الحلمية والمعينية بارزة متوترة ووجهه متقد ووجنتاه وشفتاه محمرات محرقات ولسانه جافا وكلامه وجيزا وعيناه متسعتان براقتان وعلى سحنته هيئة مخصوصة يرى عليها الخوف والضجر والحنين

والمريض لا ينام ولكنه يحفظ معقوليته عادة أو يحصل منه هذيان خفيف

ليّن أو شديد لا سيما عند المدمنين على الخمر وفي بعض الاحيان يكون الهذيان قويا وفي الغالب يصحب التهاب قمة الرئة ويكون متعلقا باستعداد عصبي مخصوص ويكون البول نادرا مركزا داكنا حمضيا فيه البولين وحمض البوليك بافراط وأما الكلورور فانه يقل فيه جدا أو يفقد بالكلية ولا اهمية لذلك في التشخيص لأن الكلورور يقل في انواع الحميات على العموم ويعود الى اصله مدة النقاهة وقد يشاهد في البول بعض الزلال ووجوده لا يمنع الانذار

وفي هذا الدور قد تكتسب الملتحمة لونا يرقانيا يمكن حصوله ولو كان مجلس الالتهاب في الرئة اليسرى أو في اليمنى ويمكن نسبة ذلك الى احتقان الكبد أو ترلات القناة الصفراوية وبعد ان كان الجلد جافا في الايام الاول يتندى بالعرق غالبا وتظهر داحمات هربيسيه في الوجه أو الشفتين ويستبشر بظهورها لأنها تصحب الأحوال الحميدة غالبا في نسبة (٣/٤)

وبالبحث عن العلامات الطبيعية في حذاء التكبد توجد الأصمية تامة لكنها لا تصل الى درجة اصمية الانسكاب البليوراوي ولا يصحبها التوتر والمقاومة تحت الاصبع كما في القرع في الانسكاب وفي بعض الاحيان يسمع للقرع صوت الاناء المشعور أو يكون رنانا قليلا ويفسر ذلك بوجود بعض نقط غير متكبدة في وسط البورة المتكبدة او بهبوط الرئة حاجبا بل التكبد اعني اذا كان مجلس التكبد في قمة الرئة مثلا بقرب الوجه الخلفي يمكن سماع رنانية القرع في حذائه من الأمام تحت الترقوة

وبالسمع يوجد التنفس والصوت قويين فيكتسب التنفس صوت نفخ جاف ويسمع في حركتي الشهيق والزفير معا ويعبر عنه بالنفخ الشعبي أو الانبوبي ويفقد النفخ المذكور اذا كانت الشعب الموصلة الى البورة المتكبدة منسدة بمتحصلات الافرازات الليفية وكثيرا ما يصحب النفخ الشعبي فرقعات أو تحت فرقعات تنشأ من الاحتقان الرئوي المجاور للنقطة المتكبدة وأما الصوت فانه يكتسب رنانية زائدة بدون تمييز حروف وهذا ما يعبر عنه بالصوت الشعبي وهو

يكون

يكون في نسبة النفخ الشعبي أي انه يتضح أو يقل وضوحا معه والصوت الشعبي له اهمية زائدة عند الاطفال لأنه قد يكون هو العلامة الوحيدة التي تسمع عندهم وأما اهتزاز جدر الصدر في حذاء التكبد مدة التكلم فانها تتزايد عادة مالم تكن الشعب الموصلة الى التكبد مسدودة بتحصل الافرازات الالتهابية فلا يمكنها توصيل الصوت الى البورة وأهمية الاهتزاز في الجهة اليسرى من الصدر أكبر منها في الجهة اليمنى لأنها اقوى في الجهة اليمنى طبيعة عند السليم

هذا واذا كانت بورة التكبد مركزية او بقرب وسط الحجاب الحاجز فلا تصحبها علامات طبيعية مطلقا ولكن العادة أنه متى ابتدأ الالتهاب في مركز الرئة فأنه بعد مضي بعض أيام يقرب من سطحها وتظهر علاماته

ثم ان مدة التكبد الأحمر تستمر من ٣ الى ٥ أيام ثم تحسن أو تتقدم الى دور التكبد السنجابي وعلامات هذا الدور هي ظهور الحمى الضعفية فيصغر النبض ويصير غير منتظم وتزداد سرعة التنفس لكنه يصير سطحيا غير مفيد للتكسيج الدموي ويصير البصاق مائعا ولونه أسمر شبيها بلون عصير العراقسوس أو ماء البرقوق وظهوره يدل على سوء الانذار (وأما ظهور هذا البصاق في ابتداء المرض فأنه لا يعلن بالخطر دائما) ولا يتيسر للمريض الجلوس بل يهبط في الفراش ويبهت الوجه أو يصير داكنا اردوازيا وتنتفخ البطن ويغطى الجلد بعرق بارد لزج ويصير النبض غير محسوس ويحصل في الغالب هذيان انتهائي قبل الموت وفي بعض الاحوال يحصل الموت فجأة اذا وقف القلب عند فعل مجهود خفيف كالجلوس مثلا

وأما اذا كان الانتهاء حميدا فلا يصل المرض الى الدور الثالث ويعقب دور التكبد الاحمر حينئذ انحطاط سريع في الحمى حتى انها تزول في مسافة بعض ساعات ويدخل المريض في النقاهة وقد تنخفض الحرارة حينئذ عن الدرجة الطبيعية ويصحب انخفاض الحرارة انصراف بقية الاعراض فيسهل السعال ويصير البصاق كثيفا مخاطيا دسما وتزول الأصمية بالتدريج ويزول معها النفخ الشعبي ويحل محله تحت فرقعات صغيرة رطبة تسمى بالفرقعات الراجعة تتميز عن الفرقعات الابتدائية

بأنها تسمع فى الشهيق والزفير معا ثم تنصرف هذه الفرقعات الراجعة ايضا ولكن لا يسمع الخرير الحويصلى الطبيعى الابعد مدة طويلة وكذلك الرنانية الصدرية لاتعود الى اصلها الابعد مدة ولو كانت البليورا المجاورة لها سليمة

(السير والمدة والانتهاء) سير الالتهاب الرئوى البسيط منتظم تقريبا وارتفاع الحمى فيه سريع ويصل فى اليوم الثانى الى درجة ٤٠ أو ٤١ مع انخفاض نصف درجة تقريبا كل صباح وتستمر الحمى على نسق واحد تقريبا حتى تنتهى بالانحطاط فى مسافة بعض ساعات الى ٢٤ ساعة وفى النادر يحتاج هبوط الحمى الى يومين او ثلاثة واذا اعتبرنا ابتداء المرض من يوم القشعريرة أو التشنج أو القئ الى غاية يوم انصراف الحمى نجد ان مدة المرض تختلف من ٥ أيام الى ٨ وفى الغالب تكون من ٦ الى ٧ وفى أحوال نادرة تكون المدة اقصر من ذلك أو تصل الى احد عشر يوما واذا استطالت المدة عن اسبوعين يعلم ان الالتهاب الرئوى ليس بسيطا بل تضاعف بمرض آخر ويصحب انحطاط الحمى عادة حركة بحران كحصول عرق غزير أو رعاف أو اسهال أو انجرار فى البول

وبعد انصراف الحمى تبتدئ النقاهة بسرعة فيحس الناقه بخفة فى جسمه وتعود الشهية بسرعة وينام مستريحا ويتغطى الجلد بعرق لطيف ولا يتخلف عن الالتهاب البسيط عواقب خطرة فلا يخشى بعده من الدرن ولا من الالتهاب المزمن ولا بأس بأن يتوجه الناقه لتبديل الهواء مع الاحتراس الصحى وخاطره مستريح ولكن الاصابة بالالتهاب مرة تجعل الشخص عرضة لعوده مرارا والنكسة الحقيقية اى رجوع الالتهاب فى البورة الالتهابية يعد من النوادر ولكن قد يصاب الناقه بالالتهاب الرئوى فى نقطة اخرى من الرئة ويكابد المرض من جديد وفى هذه الحالة يكون المرض اقل وضوحا ولكنه أكثر خطرا صعفا وأما ظهور الدور التقيحى فانه تؤدى عادة الى الهلاك ومع ذلك فقد يحصل الموت فى الدور الثانى اذا كانت الحمى عنيفة او كان الالتهاب متسعا وشاغلا لعدة فصوص رئوية واذا تضاعف بشلل القلب اوكان شكل الالتهاب

عفنا

عفنا تيفوديا متعلقا بحالة وبائية
وخلافا للشكل البسيط الذى سبق شرحه قد يكتسب الالتهاب الرئوى الليفى الحاد
اشكالا اخرى اهمها الآتية وهى
أولا الالتهاب الرئوى اليومى الذى يشفى فى يوم واحد
ثانيا الالتهاب الملهوج الذى لم تتم اعراضه اولا يتم التكبد فيه
ثالثا الالتهاب المستطيل الذى تستمر فيه الاعراض بعض اسابيع
رابعا الالتهاب الزاحف الذى يمتد بالتدريج فى الرئة حتى يعم معظمها ويمكن ان يظهر
التحليل فى النقط المصابة اولا والتكبد فى النقط المصابة فيما بعد
خامسا الالتهاب النقالى الذى يترك النقطة المصابة وينتقل الى نقطة بعيدة
عنها كما تفعل الحمرة النقالة
سادسا الالتهاب النكسى الذى يرجع بعد شفائه
سابعا الالتهاب المتقطع الذى ينشأ من تأثير الاجسام ويفرق ثم يعود على نوب
ثامنا الالتهاب البارد الذى لا تصحبه حمى وهو نادر
تاسعا الالتهاب الصفراوى الذى يصحبه يرقان واضح والشكل التيفودى والشكل
الضعفى ولا يخفى خطر هذه الأشكال
وأما بالنظر الى المريض فأن الالتهاب الرئوى عند الاطفال يتميز بعدم حصول
القشعريرة وعدم وجود البصاق وبشدة الحمى والقيئ والهذيانات والتشنجات
ويحصل الشفا بالاكثر بالبحران
وأما عند الشيوخ فيتميز بخفة الحمى والأعراض والعلامات وبزيادة الأخطار
وبالشكل الضعفى وزحف السيستول وقد يحصل الموت فجأة ويتميز الالتهاب
الرئوى عند المدمن على الخمر بزيادة الهذيان وشدة الخطر وشكله الضعفى
وكثرة الموت بالاعتطاط الفجائى ويشاهد الشكل الضعفى فى الالتهاب الرئوى
التابعى للامراض المختلفة
وأما المضاعفات التى تنوع سير الالتهاب الرئوى وانتهائه فأهمها الالتهاب

الشعبي والبليوراوى والتهاب التامور والغشاء الباطن للقلب والتهاب السحايا المخ والتهاب الكبد أو الكلى وهذه المضاعفات تعرف باعراضها الخاصة وبوجود البنوموكوك فيها وكثيرا ما يضاعف الالتهاب الرئوى بامراض جلدية كالحمرة والقوابات والغنغرينا وفي احوال عديدة يحصل التهاب مفصلي أو نكفى أو رعاف غزير أو نحو ذلك

(التشخيص) العلامات التي سبق شرحها وخصوصا القشعريرة ونوع الحمى والعرقيات الابتدائية والبصاق الصدائى كافية لتمييز الالتهاب الرئوى الليفى من الالتهاب الرئوى الشعبي والالتهاب الرئوى الركودى والالتهاب البليوراوى ولكن تشخيص الالتهاب الرئوى الليفى لا يكفى بل يلزم تعيين شكله ان كان بسيطا أو صفراويا أو ضعفيا أو مضاعفا بالتهاب بليوراوى أو تامورى أو سحائى ويلزم تمييز الالتهاب الذاتي من الالتهاب التابعي لأمراض اخرى كالحمى التيفودية والدرن او غير ذلك لأن هذا التمييز له مزية في الانذار والمعالجة كما انه يلزم تعيين درجة الالتهاب ان كان في دور الاحتقان أو التكبد أو التحليل أو وصل الى دور التقيح ويلزم أنه لا يلتبس الالتهاب الرئوى بالالتهاب السحائى الدرنى ولا بالحمى التيفودية ولا بالالتهاب البليوراوى ما لم يكن ممتدا على اتساع كبير

(الانذار) الالتهاب الليفى البسيط اقل خطرا من غيره ما لم يكن ممتدا على اتساع كبير من الرئة وينتهى بالشفاء غالبا لا سيما عند الكهل المعتدل الصحة من قبل فانه (لا يسبب الموت الا في المائة) وايضا يحصل الشفاء عند الطفل غالبا اذا لم يكن مصابا بالراشيتسم اولم يسبق الالتهاب حصول الحصبة أو السعال الديكى واما عند الشيوخ والمدمنين على الخمر فالانذار ردئ جدا وكذا عند المصابين بمرض في القلب او في الكلى ويخشى اذا كان عند المرأة من حصول الاجهاض او الوضع قبل الأوان والمضاعفات بانواعها تزيد خطر الالتهاب الرئوى ويخشى ايضا من النكسات مدة النقاهة

(الاسباب) الالتهاب الرئوى الليفى يصيب الكهول بالاكثر والرجال اكثر من النساء

النساء وليس بنادر عند الشيوخ ولكنه نادر عند الاطفال ويصيب ضعفاء البنية والمدمنين على الخمر اكثر من غيرهم ويصيب ايضا اقوياء البنية المتمتعين بالصحة وفى بعض الاشخاص استعداد مخصوص للاصابة به مرارا ويظن أن البنوموكوك يستمر عند هؤلاء الاشخاص كامنا بعد الاصابة الاولى ومتى صادفته شروط النمو يظهر الالتهاب ثانيا

ويكثر حصول الالتهاب الرئوى فى أوان انتقال الفصول لاسيما عند دخول الخريف والشتا والربيع والأغلب حصوله فى البلاد الباردة ويشاهد فى جميع الأقاليم وحصوله عقب برودة الجسم أقل منه عقب تأثير الاسباب الأخرى المتعلقة بالشروط الجوية المخصوصة والشروط الصحية الرديئة واحيانا يحصل الالتهاب الرئوى الليفى عقب جروح الرئة متى صادفته مناسبة الشروط الجوية والاستعداد الشخصى ولكن الالتهاب الجرحى البسيط لايعقبه حصول التكبد الرئوى مطلقا

والالتهاب الرئوى الليفى يعدى بالبصاق وربما يسرى الى الجنين من الأم وقد يظهر بصفة وبائية فى الانسان وبعض الحيوانات كالاغنام والخيول

وبالنظر الى طبيعة الالتهاب الرئوى الليفى يرى ان البعض يعتبره مرضا موضعيا والحمى تابعة له والبعض يعتبره مرضا نوعيا وهو الاصح وقد ترجح الرأى الأخير باستكشاف البنوموكوك ومما يثبت نوعية هذا المرض

اولا عدم المناسبة بين الأعراض العامة والاعراض الموضعية فان الأعراض العامة تبتدئ قبل الاعراض الموضعية وتخف قبلها ولا تكون حدتها فى نسبة حدة الالتهاب الرئوى وارتفاع درجة الحرارة هنا يحصل عادة الى درجة لا تصل اليها ابدا فى الالتهابات النزلية ولا الجرحية البسيطة ويصحبها ايضا نقص الكلورور فى البول كما يشاهد ذلك فى الحميات العفنة

ثانيا سير المرض المنتظم ومدته المحدودة مغايرتان لسير ومدة الالتهابات البسيطة فلا ينتهى الالتهاب الرئوى عادة بالخراج ولا باليبس الاسكليروزى ولا بالاستحالة المزمنة مثل الالتهابات البسيطة

ثالثا يصحب الالتهاب الرئوى الليفى غالبا التهابات عديدة فى الاغشية المصلية المجاورة والبعيدة كالبليورا والتامور والسحايا وفى الكلاء ايضا ويشاهد فى جميع هذه الالتهابات البنوموكوك الرئوى

رابعا حصول الشفاء التام بدون تخلف آفات موضعية وحصول البحران وسرعة النقاهة

خامسا امكان العدوى وظهور المرض فى حالة وبائية فأن كل ذلك يدل على نوعية الالتهاب الرئوى الليفى ويعتبر فيه التكبد كالتقرحات المعدية للطفح (پاسير) فى الحمى التيفودية والالتهاب المفصلى فى الرومانيزم الحاد مثلا

وأما الالتهاب الرئوى التابعى لامراض القلب والكلاء والامراض الحمية العفنة كالحمى التيفودية والحميات الطفحية والكاشكسات السرطانية والديابيطية والنقرص والرومانيزم والالتهاب الشعبى ونحو ذلك فأن التكبد فيه نادر وسيره يختلف عن سير الالتهاب الرئوى الليفى الذاتى

(المعالجة) لايمكن اتباع طريقة علاجية عمومية ضد الالتهاب الرئوى ولايجوز الآن تقليد السابقين فى استعمال الفصد العام والحمامات الباردة ولا المنوعات الزيبقية ولا المنبهات الكوئلية فى جميع الاحوال والمتبع الآن هو العلاج العرضى اى معالجة الاعراض على حسب مقتضياتها وفى الاحوال البسيطة المنتظمة السير يلزم مراعاة الشروط الصحية والانتظار على الوجه الآتى

متى حصلت القشعريرة يلزم بوقتها استراحة المريض فى الفراش لأن الاحوال الثقيلة اغلبها من عدم ملازمة المريض للفراش فى أول يوم أو من كون المريض مجبورا على المشى يومه كالفقراء والصعاليك الذين يحضرون بالاسبتالية ويلزم حفظ استواء درجة الحرارة ولا يرخص للمريض بالجلوس فى فراشه ولا بأس من اعطاء آنم ملينا من الكالوميلاس أو زيت الخروع لأنه ربما لا يحتمله المريض فيما بعد من تقدم المرض وتراعى الحمية بالدقة فلا يرخص للمريض الا بالأمراق والالبان ويرجح للشرب الماء القراح او النبيذ الخفيف البارد او الصودا أو المياه المعدنية

كماء

كماء جيسوبلر وسانجالميه واذا كان قلبه ضعيفا يعطى له منقوع القهوة والشاى ويمكن اعطاؤه نترات البوتاسا اوسترانها او خلات النوشادر فى جرعة موافقة لاجل ادرار البول فى ابتداء المرض وتسهيل التحليل الالتهابى وخروج افرازاته فيما بعد ولكن لا يلزم الالحاح على المريض اذا تكره من تعاطيها

ولاجل تسكين الم الجنب يمكن وضع لبخة او ورقة خردل وبعضهم يوصى باستعمال حراقة ولكن الحراريق توافق فيما بعد لاجل مساعدة التحليل ويمكن ارسال العلق على النقطة المؤلمة وأما اذا كان المريض شيخا او ضعيف البنية فيرجح وضع ضمادات ساخنة او الحقن بالمورفين تحت الجلد وضد السعال يعطى منقشا من عرق الذهب او بصل العنصل مع مسحوق دوفر واذا كان المريض قويا يمكن استعمال المقرص على حسب ترتيب (ترسو) فيأخذ قرمز ٣ جر وخلاصة الديجيتالا ٢٠ ز وصابون طبى ك.ك ويعمل ٣٠ حبة يعطى منها من ١٠ الى ١٥ فى اليوم واذا تسبب منها قيئ او اسهال يعطى مع كل حبة نقطة لودانم واذا كان الارق متعبا يعطى مسحوق دوفر من ٤٠ ز الى ٥٠ ر س لاجل الاستراحة ولكن اذا وجد فى البول زلال يستعوض الدوفر بالكلورال الايدراتى او السيوسيامين واذا كانت الحرارة مرتفعة يعطى منقوع الديجيتالا بشرط ان يكون بمقدار كاف من نحو ٦٠ ز الى جرام من مسحوق الاوراق او يعطى من سلفات الكينا من مقدار ٥٠ ز الى ٧٥ ز على مرتين فى اليوم مرة فى الصباح ومرة فى المساء وبعضهم يستعمل الانتيبرين ولكن يخشى هنا من استعمالها

وأما اذا كان الشكل الالتهابى قويا وارتفعت الحرارة فوق الاربعين واصطحب بالهذيان فيلزم استعمال مضادات الالتهاب وبعضهم يكتفى حينئذ بتشطيف المريض بالاسفنج المبلول او بلفه فى الملاية المبتلة او باستعمال الحمامات العمومية الباردة او الفاترة او بوضع مثانة مملوءة بالجليد تحت الابط ولكن اذا كان المريض شابا قويا دموى المزاج يلزم استعمال الفصد الوريدى او المحاجم واستخراج بعض اواق من الدم وكذا اذا شوهدت عنده علامات تمدد القلب الايمن وكان نبضه صغيرا ومعه

نبض شراسيفى وأوردة الودلجية متمددة وابتداء السيانوز فيلزم المبادرة بفصد سواء كان كهلا أو طفلا وربما اعقب الفصد حينئذ تلطيف الحمى والأعراض بدرجة مستمرة لأنه فى أغلب الأحوال يخشى من القلب ووقوفه أكثر من الحمى وتراكم الأفرازات الالتهابية

وإذا كان المريض ضعيفا واكتسب الالتهاب الشكل الضعفى يبادر باستعمال المنبهات كالنوشادر والكونياك أو جرعة طود أو النبيذ والشامبانيا بمقدار كاف على حسب سن المريض وعاداته وحالة القلب والدورة وإذا كان المريض معتادا على الشرب يلزم اعطاؤه مقدارا كافيا من الكونياك ايضا لأجل تدارك حصول الهذيان الكحولى والضعف الاغطاطى

وإذا طرأت عوارض أو مضاعفات تعالج بما يوافق وعلى كل حيث ان الالتهاب الرئوى المبتدئ من بعد فيلزم اتخاذ الطرق اللازمة لعدم انتشاره ومتى ابتدأت النقاهة يلزم مراعاة التدبير الغذائى والتحفظ من اسباب النكسات

(المبحث الخامس فى الالتهاب الرئوى المتولى أو الفصيصى)

الالتهاب الرئوى الفصيصى أو الشعبى الرئوى هو التهاب نزلى مجلسه الفصيصات الرئوية وإنما سمى بالشعبى الرئوى لأنه يتبع او يصحب الالتهاب الشعبى الشعرى عادة لاسيما عند الاطفال وبالاكثر عند حديثى السن لغاية ثلاث سنين (سيمون)

(الاسباب) كثيرا ما يشاهد الالتهاب الفصيصى فى الحصبة والسعال الديكى والدفتريا ى النزلة الوافدة والدرن الحاد وعقب الالتهاب الشعبى الشعرى خصوصا عند الاطفال الفقراء الذين يكثرون فى الهواء المحصور والاطفال المصابين بالراشيتسم وعقب الحرق واستنشاق الغازات المهيجة كالكلور

والالتهاب الشعبى الرئوى ليس نادرا عند الكهول ويشاهد غالبا عند الشيوخ لاسيما عند المصابين بالنوازل الشعبية المزمنة ويتسلطن مدة الشتاء غالبا وقد يكتسب حالة وبائية

(التشريح المرضى) يحصل التهاب الفصيصات الرئوية عادة من امتداد التهاب الشعب

الشعب الشعرية اليها بدون انتظام ولذلك توجد الفصيصات الرئوية المصابة منتشرة في نقط عديدة في نسيج الرئة أو الرئتين معا على هيئة بقع مستديرة أو معينية في حجم الفولة أو أكبر ذات لون أحمر مسمر في الابتداء ثم سنجابي متى ابتدأ فيها التقيح ثم سنجابي مصفر متى تقدم التقيح والفصيصات الرئوية المجاورة للفصيصات الملتهبة تتأثر منها ايضا وتحتقن أو تهبط على نفسها في حالة تمدد انفيزيماوي

واذا اصاب الالتهاب عدة فصيصات مجاورة لبعضها تكتسب هيئة بؤرة التهاب متسعة شبيهة ببؤرة الالتهاب الرئوي الليفي ولذلك يسمى حينئذ بالالتهاب الفصي الكاذب وفي بعض الأحيان يصاب احد الفصوص خصوصا الفص السفلي بتمامه أو تصاب احدى الرئتين بتمامها وتصير مندمجة كابية شبيهة بالطحال وهذا ما يعبر عنه بالتطحل ولكن بالتأمل في نسيج الرئة المتطحلة سواء كان التطحل عاما فيها أو مقتصرا على احد الفصوص لم تزل توجد هيئة الفصيصات مرسومة لاسيما وان بعض الفصيصات يكون هابطا وبعضها متمددا والبعض محمر متوتر والبعض أقل توترا سنجابي أو مصفر وهذا ما يميز التطحل من التكبد ومما يميز التطحل ايضا هيئة سطح الشق فانه اقل تحببا بكثير من سطح الشق في التكبد لأن الفصيصات الرئوية أقل بروزا وأخيرا في التطحل يصير النسيج الرئوي هشا وبعصره يسيل منه سائل كابي ولا يسيل من شق التكبد شيء بالعصر

ثم متى تقدم الالتهاب وامتلأ تجويف الخلايا الرئوية وشعبها بالمواد المخاطية القيحية فانها تظهر على هيئة حبيبات مصفرة ثم متى تآكلت جدر الخلايا الرئوية واختلطت ببعضها تظهر على هيئة بؤرة قيحية صغيرة جدا

وبالبحث الميكروسكوبي توجد آفات الالتهاب النزلي اعني توجد الحويصلات الرئوية ممتلئة بخلايا بشرية عريضة غير منتظمة وبعضها في حالة انتفاخ وكثرة هذه الخلايا سمي الالتهاب النزلي ايضا بالالتهاب الخلوي في البشرة ويحوي الخلايا البشرية كرات بيضا ومادة مخاطية قيحية بمقدار كبير وقد تشاهد

بعض كرات حمراء ومادة ليفية بمقدار قليل جدا وقد ترتشح جدر الخلية بالكرات البيضا
أو القيحية وتكون الشعب الشعرية داخل الفصيصات في حالة التهاب نزلي ايضا وتصاب
الالياف العضلية والمرنة أو تفقد بالكلية وتكون الاوعية الشعرية محتقنة جدا ومن
لاسيما فروع الاوعية الشعبية التي قد تتمزق ويعقبها انسكاب دموي نقطي يمكن مشاهدته
تحت البليورا وتكون الاوعية اللنفاوية محتقنة ايضا وعقدها الشعبية منتفخة وفي
بعض الاحيان يمتد الالتهاب الى النسيج الخلوي المحيط بالخلايا الرئوية ويعقب ذلك سماكة
النسيج الخلوي المذكور فيظهر على سطح الشق على هيئة خيوط سنجابية متصالبة في جميع الاتجاهات
ويشتد الالتهاب التزلي عندما ذكر فانه يكتسب في بعض النقط أوصافا فا تقرب من أوصاف
التكبد بسبب زيادة مقدار الكرات الحمرا والمادة الليفية المنعقدة ثم متى تقدم الالتهاب
بعدها ربما اعقبته آفات التكبد السنجابي التي سبق شرحها
ويصحب الالتهاب الفصيصي غالبا التهاب البليورا خصوصا في النقط المجاورة للفصيصات
السطحية المصابة وحينئذ يمكن سماع الاحتكاك الرئوي غالبا عند الكهل مدة الحياة
(الاعراض) قد يظهر الالتهاب الرئوي الفصيصي في سير الالتهاب الشعبي الشعري لاسيما
عند الاطفال بطريقة غير محسوسة ولكن يحصل في العادة ارتفاع فجائي في درجة الحرارة
وقد تصل الى ٤٠ أو ٤١ وتستمر بدون فرق في الصباح ويسرع النبض جدا وربما وصل
الى ١٥٠ أو ٢٠٠ في الدقيقة وتصحبه سرعة في حركات التنفس وقد تصل الى ٦٠ أو
٨٠ في الدقيقة مع ظهور علامات الاسفكسيا كبهاتة الوجه وزرقة الشفتين ويحصل
سعال متعب خصوصا عند الاطفال ويصير البصاق مدمما لكنه لا يكتسب لون
الصدأ الواصف للالتهاب الليفي ويزداد عسر التنفس ويصير الطفل في حالة اضطراب
مستمر يقوم في فراشه ويطرح نفسه يمينا وشمالا ويطلب أن تحمله أمه ثم يطلب الفراش
ثانيا ويصير التنفس سطحيا وتزداد ظواهر الاسفكسيا ولكن هذه الاعراض لا تدل على
الخطر دائما وانما الذي يخشى منه بالاكثر هنا هو ضعف القلب وصغر النبض لأن
الاعراض الاخرى قد تلطف بسرعة أو تستمر عدة أيام أو تتحسن ثم تعود الى شدتها كما
كانت ولا تصحبها علامات طبيعية ثابتة لأن التهاب الفصيصات المنتشر لا يسوغ

المرتع

القرع تقريبا ولا التسمع وأما اذا امتد الالتهاب الى عدة فصيصات مجاورة فانه تعقبه أصمية مختلفة ويسمع فيه النفخ الشعبي والصوت الشعبي بدرجة أقل وضوحا منها في التكبد الرئوي وربما انصرف من النقطة التي سمعت فيها أولا وانتقلت الى نقطة أخرى بسبب تنقل الالتهاب وهذا مما يميز الالتهاب الفصيصي عن الفصي ولكنه متى اصطحب بأصمية زائدة مع صوت احتكاك بليوراوي أو صوت مرى يعلم تضاعفه بالالتهاب البليوراوي وعلى العموم فان سير الالتهاب الرئوي الفصيصي غير منتظم وربما اشتدت اعراضه وهلك المريض في مسافة بعض ايام بل وفي يوم واحد أو يحصل التحسين ولكن تعقبه نكسة مهلكة واذا كانت الحالة جيدة تلطف الحمى وباقي الاعراض بالتدريج ويتم الشفا في مسافة ثلاثة أو أربعة اسابيع ولا يحصل الشفا البحراني الا في احوال استثنائية ولا يشاهد هنا العرض الشفوي وأما الاسهال والبول الزلالي فيمكن مشاهدتها كثيرا وقد ينتهي الالتهاب الفصيصي اخيرا بالحالة المزمنة وسنذكرها قريبا

(الانذار) الالتهاب الفصيصي مرض خطر ينتهي بالموت في ثلثي الاحوال تقريبا (بورجينون) وهو اكثر خطرا عند الاطفال من الالتهاب الليفي الرئوي خصوصا متى امتد الالتهاب الى الرئتين وظهور النفخ علامة رديئة وكلما كان سن الطفل أصغر كلما كان الخطر عنده اكبر ويزداد الخطر ايضا عند الاطفال الضعفاء الكاشكسيين أو السمان وعلامات الخطر تقدم الاسفكسيا والتنفس الشيم استوكى والتنفس السريع الذي يزيد عن ٥٠ أو ٧٠ مرة في الدقيقة

(التشخيص) يسهل تمييز الالتهاب الفصيصي عن الفصي باعتبار الأعراض الخاصة بكل منهما وخصوصا العلامات الطبيعية والسير والانتهاء فان الالتهاب الفصي يظهر عادة فجأة بقشعريرة قوية ويصحبه عند الكهل بصاق قصداني وفيه الاصمية والنفخ الشعبي والصوت الشعبي في غاية الوضوح وسيره منتظم وينتهي في نحو الأسبوع وأما الالتهاب الفصيصي فانه قليل الوضوح في مبدئه وسيره غير منتظم وعلاماته غير ثابتة

وأما تمييز الالتهاب الفصيصي عن الدرن الحاد فهو صعب جدا وانما اذا تسلطن الالتهاب

في قمة الرئة واصطحب البصاق بنفث دموى وظهر الزلال في البول تكون الشبهة في الدرن اقوى واذا وجد الباسيل في البصاق تيقن التشخيص

وقد يشتبه الالتهاب المذكور بالحمى التيفودية لاسيما وأن البقع الوردية نادرة عند الاطفال ويكون انتفاخ البطن وتمدد الطحال ونسبة الحركات التنفسية مع الحرارة والدورة بين الحمى التيفودية

(المعالجة) يوضع المريض في مكان متسع درجة حرارته لطيفة منتظمة وفيه رطوبة خفيفة يمكن التحصل عليها بوضع الماء المغلي في الأودة أو بمغلي الرز ولا يعطى له خلاف الالبان والأمراق والبيض النصف شواء وللشرب الماء النبيذى أو بعوض النبيذ بالكونياك ولأجل تلطيف الحرارة المرتفعة يعطى الانتيبرين أو سلفات الكينا أو حمض السالسليك أو سترات الصوديوم واذا كانت الخرخرة كثيرة يعطى المنفثات أو يعطى مقيئا ولكن لا يفيد المقيئ الا في الابتداء ثم فيما بعد يلزم تجنبه لأنه يهبط القوى ويمكن استعواضه بالمنفثات ولا يعطى الافيون للطفل أبدا ويمكن اعطاؤه منقوع البوليجالا مع خلات النوشادر على شراب الطولو ومع هذا توضع اللزق على الصدر أو ورق الخردل أو تعمل الحجامة الجافة عند الطفل والرطبة عند الكهل أو توضع الحراريق حسب اللزوم لاجل تلطيف الألم وتعطى المنبهات ضد الحالة الضعفية وأحسن الكونياك مع الماء أو اللبن أو البيض النصف شواء أو يعطى نبيذ ملاجا مع خلات النوشادر أو جرعة طود ويعالج الاسهال بمسحوق الطباشير المركب ومتى دخل الطفل في النقاهة يعطى له الكينا والمركبات الحديدية وزيت السمك أو يرسل الى شاطئ البحار لتغيير الهواء وتقويته

(المبحث السادس في الالتهاب الرئوى المزمن الخلوى وسيروز الرئة)

الالتهاب الرئوى المزمن يصيب النسيج الرئوى ويتلفه (التهاب خلوى) ويصيب النسيج الخلوى ويحيله الى منسوج ليفى متين يحل محل النسيج الرئوى (اسكليروز الرئة أو سيروز الرئة) وأما الالتهاب المزمن الجبنى فانه يتعلق بالدرن ولذلك نذكره بعد مع الدرن الرئوى

الأسباب

(الأسباب والتشريح المرضي) يبتدئ الالتهاب اما بالنسيج الخلوي حول الشعب الشعرية ثم يصل الى النسيج الرئوي المرن المكون لجدر الخلايا الرئوية واما ان يبتدئ بالنسيج الخلوي حول الفصيصات ويمتد الى النسيج الرئوي بعد ذلك واما ان يبتدئ بجدر الخلايا نفسها ثم يصل الى المنسوج الخلوي فيما بعد

والسيروز الذاتي نادر الحصول ولا يكاد يشاهد الا عند الشيوخ ولكنه قد يحصل عند الاطفال والشبان بعد الحصبة والسعال الديكي وهو يحصل عند الرجال اكثر من النساء ويكون السيروز تابعا للأمراض الرئوية عادة كالالتهاب الفصي أو الفصيصي والالتهاب الشعبي أو البليوراوي واورام الرئة والأكياس الديدانية والدرن والآفات الزهرية وقد يتعلق بالمسام الآجامي

أما الالتهاب الرئوي الليفي فلا يستحيل الى الحالة المزمنة الا في احوال استثنائية حتى أن بعض المؤلفات ينكره بالكلية ولكن من المعلوم أنه بعد شفاء الالتهاب الليفي لم يزل نسيج الرئة متكاثفا ولا يعود الى حالته الصحية الا بعد مدة من الزمن ربما تمتد الى بعض اسابيع أو أشهر (اندرال) ولكنه لا يستحيل بنفسه الى الحالة المزمنة ولربما يمكن أن يصاب بحالة التهابية طارئة تكون سببا في تحوله اليها وهذا يشاهد بالاكثر عند الكهول ويكون مجلسه عادة في قاعدة الرئة اليمنى

وأما الالتهاب الشعبي الشعري فهو السبب الأغلبي للالتهاب الرئوي المزمن لاسيما عقب السعال الديكي والدفتيريا والحصبة والحمى التيفودية ويشاهد حينئذ عند الأطفال والشبان غالبا ويكون في الغالب مجلسه في قاعدة الرئتين والجهة الخلفية من القص العلوي

وأما الالتهاب البليوراوي فانه يؤثر على الرئة بالمجاورة ويبتدئ الالتهاب المزمن فيها حينئذ من الظاهر ثم يمتد ويعم نسيجها بالتدريج

ومع اختلاف المنشأ فالنتيجة الالتهابية واحدة وهو أن الالتهاب ينتج منه ارتشاح جدر الخلايا الرئوية وتلاشي الياقها المرنة وارتشاح الأطراف النهائية للشعب الشعرية وتلاشي الياقها العضلية ثم تحتبس الخلايا البيضا

والخلايا البشرية والارتشاحات الليفية وتستحيل الى الحالة الشحمية وتفنى وتتكون محلها نسيج اسكلير وزى ويعم الالتهاب كلا من النسيج الخلوى حول الشعب الشعرية وحول الخلايا الرئوية فيندمج ويستحيل الى نسيج اسكلير وزى ايضا وفى بعض الاحيان توجد الشعب متمددة وبعضهم ينسب تمددها الى انكماش النسيج الاسكليروزى ولكنها قد تكون متمددة قبل الالتهاب الشعبى الشعرى وتكون السبب فى التهاب الرئة كما سبق شرحه عند ذكر تمدد الشعب

والمعلم استاركو) قد ميز الالتهاب المزمن بدورين دور التيبس الاحمر أو تلحم الرئة وفيه تكتسب الرئة هيئة كتلة عضلية بحيث يكون نسيجها متينا خاليا من الهواء بالكلية ودور التيبس السنجابى الذى فيه تتقدم الاستحالة الليفية ويحصل الانكماش فيضغط على ما بقى من النسيج الرئوى ويتلاشى بالكلية بحيث أنه لبشق الرئة حينئذ يئز المشرط ويكون سطح الشق مبيضا أو اردوازيا أو مسودا مرمريا خاليا من الهواء بالكلية متيبسا وقد يصل قوامه الى الدرجة الغضروفية وبالبحث عنه بالميكرسكوب لا يرى فيه الا نسيج ليفى خال من العناصر الاصلية للرئة

(الأعراض) تختلف اعراض السيروز الرئوى على حسب امتداده فلو أصاب ولو جزأ من الرئة يعتبر المريض ذا عاهة وكلما امتد المرض كلما اشتدت الاعراض وهى السعال وعسر التنفس والبصاق المخاطى الصديدى أو الصديدى الصرف وقد يحصل النفث الدموى أو يكتسب البصاق لونا مخضرا منتنا وبالقرع توجد الاصمية مختلفة الامتداد ومصحوبة بنفخ وخراخر وقراقر متنوعة ويتشوه الصدر وتقل الشهية ويضعف المريض ويخف الجسم وتحصل عنده حمى مستمرة وعرق وتكتسب الحالة هيئة حمى الدق ومثل هذه المرضى يأتى كثيرا بالاستبالية ويمكث بها عدة اسابيع ويخرج منها كما حضر أو ببعض تحسين وقتى وتنتهى الحالة بالموت اما عقب حصول التهاب حاد يحل بالمريض أو من تقدم حمى الدق والتقيح الرئوى أو عقب ظهور آفات أخرى فى القلب الايمن أو الكلا

وأما علامات سيروز الرئة أعضموريها فانها تختلف باختلاف ضمور الرئة ان كان جزئيا أو عاما فاذا كان الضمور جزئيا فان علاماته تشبه علامات السل الابتدائية خصوصا اذا كان مجلسه قمة الرئة أو علامات الضمور العام لاحدى الرئتين كما ليشاهد ذلك عقب الانسكابات البليورأوية فانها تكون واضحة وتتصف بانخساف الصدر فى الجهة المصابة انخسافا واضحا

واضحا للعين بحيث يصير الصدر ضيقا في الجهة المذكورة ويمكن تقدير درجة ضيقه بواسطة السيرتومتر وتصير المسافات بين الاضلاع متقاربة ويمكن التحقق من درجة تقاربها بالجس بالأصبع وتقرب الحلمة من الخط المتوسط وتضمر العضلة الصدرية ويصير الكتف هابطا والعامود الفقري متقوسا واحديدابه متجها الى الجهة السليمة وعظم اللوح متباعدا عن الصدر بحذاء زاويته السفلى كما نص عليه سكودا واذا فعل المريض حركة شهيق قوية لا تتحرك الجهة المريضة

واذا كان الضمور شاغلا للجهة المقدمة من الرئة اليسرى تزداد قوة ضربات القلب ويمكن سماعها في الجزء العلوى من الصدر بقوة واذا كانت الرئة اليسرى ضامرة يجذب القلب الى الاعلا بحيث تسمع ضرباته في المسافة الرابعة بين الاضلاع أو أعلا من ذلك أو تقرب من الابط الأيسر واذا كان الضمور شاغلا للرئة اليمنى يجذب القلب الى الجهة اليمنى وتسمع ضرباته أحيانا بقرب الحلمة اليمنى فى حذاء المسافة الرابعة اليمنى بين الأضلاع واذا حصل ضمور الرئة فى قطرها العامودى تنخفض القمة ويرتفع الكبد أو الطحال على حسب الجهة المصابة

ومن المشاهدات اهتزاز الصوت يزداد فى الجهة المريضة بسبب تكاثف نسيج الرئة ويشترط فى ذلك أن تكون الشعب غير ممتلئة ولا مسدودة بالافرازات الشعبية

وبالقرع توجد الاصمية قاصرة على الاسكليروز الرئوى بحيث يمكن تحديده ولكن صوت القرع يكون رنانا فى حذاء التجاويف التى تتكون فى نسيج الرئة

وبالسمع تتنوع العلامات على حسب درجة الاسكليروز فاذا كانت الشعب مسدودة لا يسمع الخرير الحويصلى واذا تكونت تجاويف رئوية يسمع الصوت الكهفى ويكون رنانا بالنسبة لتكاثف النسيج الرئوى أو تسمع الخراخر الشعبية والنفخ الشعبى اذا كانت الشعب سالكة فى هذه الحالة وربما اتضح الخرير الحويصلى أيضا فى بعض النقط

وعلى كلا الأحوال فان ضمور احدى الرئتين يوجب تمدد الرئة الثانية فيزداد حجمها بحيث تبلغ تحت القص فيصير رنانا وقد تصل الرئة الى غاية عظيمة ضد اضلاع الجهة المقابلة ويصير الخرير الحويصلى فيها قويا ولكن هذا التنفس المفرط يوجب ضعف الرئة عن وظيفتها

فيزداد عسر التنفس سيما عند فعل الحركات والانفعالات النفسانية ويعقب ذلك تمدد القلب الأيمن وعواقبه واحتقان الكبد وأوذيما الاطراف السفلى والاستسقا وعسر التنفس الجلوسى وينتهى الحال بهلاك المريض

(الأنذار) يختلف الأنذار على حسب امتداد السيروز ومن زاد خطرا كلما كان الضمور حمدا أو تضاعف بآفات القلب ويتعلق الأنذار ايضا بالسبب المرضى الذى أحدث الضمور وعلى العموم انذار الالتهاب الرئوى المزمن وسيروز الرئة يشبه انذار السل الرئوى المزمن

(التشخيص) لا يتحقق تشخيص الالتهاب الرئوى السيروزى الامتى ظهرت علامات الضمور وتحول القلب والاحشاء البطنية ولا يلتبس بالانسكاب الرئوى ولا بالأورام لخبيثة التى تدفع الحجاب المتوسط أمامها بدل أن تجذبه

(المعالجة) لا يمكن صرف الآفات الناشئة عن الالتهاب السيروزى فيكتفى بالمعالجة العرضية ويجتنب المريض الحركات القوية والانفعالات النفسانية ويعتنى بتغذيته ويمكنه فعل حركات تنفس تدريجية وفى مدة اجرائها يلزم رفع ذراعه المسامت للجهة المريضة والتنفس فى الهواء المضغوط أو المخلخل يساعد على تقويته واستراحته

ويعالج الاعراض والآفات الاصلية بما يليق كالالتهاب الشعبى المزمن والتمدد الشعبى والدرن والأورام ونحوها

(المبحث السابع فى خراج الرئة)

خراج الرئة هو تجمع الصديد فى بورة فى نسيجها وأول من شرحه تراوبا وليون وهو فى الغالب حاد

(الاسباب) يشاهد خراج الرئة بالاكثر عند الكهول وهو يعقب أحيانا الالتهاب الرئوى الليفى الحاد متى كان المريض ضعيفا أو مدمنا على الخمر وكان الالتهاب متسعا ومحلسه الفص العلوى أو كانت الرئة مصابة بالانفزيما من قبل وقد يحصل الخراج عقب الالتهاب الرئوى النزلى وجروح الرئة ووجود الاجسام الغريبة فى الشعب ويحصل الخراج غالبا عقب سدد الشرايين الرئوية سيما فى الحمى النفاسية والامتصاص الصديدى

(التشريح المرضى) يختلف حجم خراج الرئة من حجم حبة اللوبيا الى حجم التفاحة وأحيانا يشغل أحد الفصوص الرئوية بتمامه وتجويفه يكون عادة غير منتظم أو متعرجا وبدرجة غير متساوية

متساوية أو متفرقا والصديد إما أن يكون مخضرا أو سنجابيا مسمرا وفي بعض الأحيان يكون مخاطا بغشاء حديث التكوين ورائحته في الغالب كريهة منتنة لكنها لا تشبه رائحة الغنغرينا ويجلس الخراج في الغالب بقمة الرئة وأما عقب السدد فيكون تجلسه عادة بقرب سطح الرئة في محال مختلفة

(الأعراض) العرض الواصف هو البصاق الصديدي المحتوى على بقايا النسيج الرئوي ويختلف مقدار الصديد في البصاق في اليوم وقد يصل الى ٥٠٠ جر او ١٠٠٠ جر وربما خرج الصديد بمقدار غزير في المرة بحيث يملأ فم المريض وفي بعض الاحيان تكون طبيعة القيح جيدة فيكون مخضرا ومتكاثفا كالقشطة واذا ترك في الاناء تكون منه طبقتان سفلى مكونة من الكرات القيحية وعليا مكونة من سائل مصلي يتلوه احيانا طبقة رغوية وفي احوال اخرى تكون رائحة الصديد تفهة حمضية أو منتنة غير ثابتة وبالبحث عنه بالميكرسكوب توجد فيه خلاف الكرات القيحية والخلايا البشرية بعض الياف رئوية مرنة واحيانا توجد فيه شرائح من المنسوج الرئوى تشاهد بالعين العارية ويحتوى على بللورات دسمة وخلايا فطرية وبعض حبيبات فحمانية وبعض بللورات الكولسترين

والعلامات الطبيعية تقتضي علامات التجاويف الرئوية التي تزداد وضوحا كلما كان الخراج سطحيا كرنانية القرع أو سوطه المعدني والتنفس الشعبي والخراخر الرنانة والتكلم الصدري ونحو ذلك

وسير الخراج يتنوع بتنوع سببه فاذا نتج عن الالتهاب الليفي الحاد يرى أن مدة الالتهاب تمتد زيادة عن ١٤ يوما وتشتد الحمى ويزداد عسر التنفس ويظهر ألم الجنب ثم يحصل البصاق الصديدي فتخف الاعراض نوعا وعلى العموم متى طالت مدة الالتهاب عند شخص هزيل أو مدمن على الخمر وكان البصاق مدمما أو زنجيا أو مخضرا يمكن الانباء بحصول التقيح والخراج (تراوبا)

وينتهي خراج الرئة بالشفاء والالتئام ويعقبه حينئذ انزوة الشام مشوهة أو ضمور في الرئة أو يعقبه كيس يليم افراز الصديد ويحدث حمى الدق أو ينتهي تارة بالغنغرينا أو ينفتح في البليورا ويعقبه انسكاب هوائي فيها وتارة ينفتح في الظاهر على جدار الصدر

أو يسير نحو جدر البطن أو ينفتح في التامور (تراوبا) وفي أغلب الاحوال ينتهي بالموت من تعاظم حمى الدق أو من المضاعفات المذكورة

(التشخيص) يتميز خراج الرئة بالبصاق القيحي ووجود بقايا المنسوج الرئوي فيه ولا يلتبس الخراج الرئوي بالبصاق الصديدي الناشئ من ورود الصديد في الرئة من الاعضاء المجاورة كالانسكاب الصديدي للبليورا والتامور وخراجات الكبد والفقرات والعقد الليمفاوية الشعبية ونحو ذلك فان الأعراض السابقة وسير المرض يفرق بينها ولا يلتبس خراج الرئة بالدرن الرئوي ولا بالغنغرينا الرئوية فان الدرن يتميز بباسيله ولا توجد في بصاق الغنغرينا آثار الألياف المرنة الرئوية

(الأنذار) الخراج الرئوي مرض خطر وقد ينتهي بالشفا

(المعالجة) يلزم حفظ قوى المريض وتنقيص مقدار الصديد ومنع عفونته فيوصى بالتدبير الغذائي المناسب وتعطى للمريض مركبات كينية وحديدية مع زيت السمك وقليل من الكؤوليات ويكون مسكنه صحيا هاويا ويجعل فيه زمنا فزمنا رذاذ السوائل المضادة للعفونة كمحلول حمض الفنيك ٢٪ أو التيمول (١‰) ويستنشق المريض ابخرة الترمنتينا والتيمول ويعطى التيمول من الباطن وساليسيلات الصودا وبنزوات الصودا

واذا كان الخراج مستعدا للانفتاح على ظاهر الجلد يسرع في فتحه بالمشرط

(المبحث الثامن في الغنغرينا الرئوية)

غنغرينا الرئة اما ان تكون جزئية محدودة أو منتشرة غير محدودة وتشاهد بالأكثر عند الذكور من سن ١٦ الى ٤٠ وقد تشاهد عند الاطفال والشيوخ والغذاء الغير كافي والسكنى في الهواء المحصور الرطب يساعدان على حصولها وتنشأ الغنغرينا الرئوية اما من وقوف الدورة أو اعاقتها في جزء من الرئة بسبب انسداد الشرايين الشعبية أو الرئوية بسدة سيارة واما من الضغط على الاوعية الشعرية وايقاف دورتها كما يشاهد ذلك في بورات الارتشاح الرئوي والاسكليروز الرئوي وتمدد الشعب ووجود الاجسام الغريبة فيها واما أن تتعلق الغنغرينا بالالتهاب الشعبي الرئوي وهذا هو الغالب ويندر جدا حصول الغنغرينا في الالتهاب الرئوي الليفي فلا تكاد تشاهد الا عند ضعفاء البنية كالشيوخ والمصابين

بمرض

بمرض ديسكرازى كالديابيطس أو المدمنين على الخمر أو المصابين بمرض عفن كالحمى التيفودية والحميات الطفحية

ثم أن الأسباب للمذكورة سواء كان انسداد الشرايين والأوعية الشعرية أو شدة الالتهاب ليست مقبولة وحدها الآن فى حصول الغنغرينا الرئوية بل يلزم ايضا مرافقتها بالعوامل العفنة أو الميكروبية للغنغرينا على العموم وتأتى هذه العوامل من ينابيع شتى فأما أن تصل العفونة الى الرئة بالمجاورة فيما اذا انفتح خراج كبدى أو انسكاب بليوراوى قيحى فى الرئة أو سرطان يوصل المرئ بالرئة مثلا واما ان تصل العفونة بواسطة الأوعية عند الاشخاص المصابين بالحمى النفاسية أو بالالتهاب القرحى العفن للقلب الايمن مثلا واما ان تصل العفونة بواسطة الشعب فيما اذا نفذت الاغذية وقت الازدراد والقيئ كما يشاهد عند المختلين العقل أو حلة التنويم بزيبلات للحس أو تصعد الجزيئات العفنة من آفات الحنجرة والحلق والفم كغنغرينا الخد أى (النوما) وغنغرينا اللوزتين وسرطان الحنجرة والدفتيريا مثلا فمتى وصلت هذه العوامل العفنة الى الرئة تحدث الغنغرينا بسرعة متى كانت الرئة فى شروط مساعدة على ذلك كنهوكة البنية والسكر المزمن والالتهاب الرئوى أو الشعبى الرئوى

(التشريح المرضى) بؤرات الغنغرينا المحدودة تشاهد غالبا فى الرئة اليمنى وعلى سطحها وفى القاعدة أو فصها المتوسط ويندر حصولها فى القمة أو فى مركز الرئة وأندر من ذلك حصولها فى الرئتين معا وأما الغنغرينا الغير المحدودة فانها قد تصيب الفص الرئوى بتمامه وتمتد فى الاجزاء المجاورة بدون حد فاصل وتحصل غالبا فى الفص الملوى بعكس الغنغرينا المحدودة (روكيتانسكى)

وبالبحث عن النقط المتغنغرة توجد اما مخضرة مسمرة أو مسودة وقوامها رخو أو مائع تقريبا ورائحتها منتنة خاصة وفى بعض الأحيان تكون الرائحة ضعيفة جدا (كورويلبيه)

وبالبحث عنها بالميكروسكوب يوجد النسيج الرئوى متلاشيا ولم يبق منه الا بعض نثير متحبب من الألياف المرنة والنسيج الخلوى ويوجد كثير من الكرات القيحية والخلايا والحبيبات الشحمية والمغنيسية مصحوبة ببلورات دسمة من المارجارين والملوسين وأنواع العفن العفن كالليبتوتريكس وميكروب القيح والبروتاس والانفلونزا وباقى ميكروبات

التعفن وهذه العناصر تخرج في البصاق ويمكن مشاهدتها فيه بالبحث عنه عند الحي ومتى انفصل الجزء المتعفن يعقبه تجويف رئوى

ثم بالبحث عن النسيج الرئوى حول بورة الغنغرينا تتميز فيه ثلاث طبقات الطبقة الأولى متكونة من جدر البورة وتكون متنوعة غير منتظمة والطبقة الثانية بعدها تكون في حالة التهاب شبيه بالتكبد السنجابى تتميز بوجود القيح بكثرة في تجويف الخلايا الرئوية وجدرها والطبقة الثالثة تلى الثانية وتكون في حالة التهاب نزلى بعيد البورة الغنغرينية ويضيع بالتدريج في النسيج الرئوى السليم

واذا كان مجلس الغنغرينا سطحيا يتسبب عنها التهاب البيورا وى النمها قى أو تقيحى أو غنغرينى ومتى انثقب تجويف البليورا يحصل الانسكاب الغازى فيه

وكثيرا ما يعقب تآكل الاوعية نزيف يشاهد بالخصوص عند انفصال الخشكريشة وفي أحوال أخرى تنفذ الجزيئات المتعفنة أو العفنة في الاوردة الرئوية وتصل الى القلب الأيسر ومنه الى الدورة الكبيرة ويعقب ذلك آفات السدد الشرية النوعية

(الأعراض) اذا حصل انسداد فجائى في الشرايين الشعبية أو الرئوية يحس الشخص فجأة بضيق في التنفس ثم ترتفع الحرارة جدا وتحصل الحالة الضعفية التي تعلن بحصول الغنغرينا وما عدا ذلك فأن الغنغرينا تحصل غالبا بدون ان يسبقها ظواهر معلنة واضحة كما يشاهد ذلك في سيروز الرئة وتمدد الشعب ولا يتيسر معرفة ظهورها الا اذا حصل السعال وأعقبه خروج البصاق المنتن الواصف للغنغرينا

والبصاق في الغنغرينا يكون اما اسود ا مدمما ورائحته منتنة مخصوصة أو يكون خضرا أما غزيرا ربما يصل مقداره الى ١٠٠٠ جم أو ٥٠٠ جم وربما خرج بمقدار يملأ فم المريض ويخرج من أنفه في آن واحد واذا وضع في اناء ينفصل الى ثلاث طبقات الطبقة العليا رغوية يوجد فيها بعض كرات مخاطية أو قيحية مصفرة أو مخضرة والطبقة الوسطى مصلية مخضرة أو سنجابية محتوية على بعض ندف والطبقة السفلى متكونة من بقايا النسيج الرئوى الفاسد وبالبحث الميكروسكوبي عن هذه البقايا لا توجد فيها الالياف المرنة الا نادرا جدا بل توجد فيها قطع صغيرة في حجم رأس الدبوس أو الظفر متفرقة للمواد عديمة اللون فيها أثر الخلايا الرئوية وتحاليل الخلايا الشحمية

الشحمية والحبيبات المفيغانية وبعض ابر دسمة وخلاف هذه البقايا النسيجية المستحيلة توجد سدادات ديتريش العفنة التي يصل حجمها من حبة الدخن الى الفولة وتكون مبيضة أو مخاطية رخوة يمكن دعكها فتسيل وتنتشر منها رائحة منتنة وتشاهد فيها بلورات دسمة وحبيبات وخلايا شحمية وبعض خلايا وبلورات دموية وآثار فطرية متنوعة (ويرشو) وأهم انواع الفطر الذى يشاهد في البصاق الغنغريني هو الليبتوتريكس والموناسى

ويصحب غنغرينا الرئة في الغالب حمى ذات ثوران في المساء قد تتعاقب مع القشعريرة والعرق الغزير وتنصرف في بعض الأيام متى تنظفت البورة الغنغرينية ثم تعود متى تحسر البصاق وزادت رائحته وتنسب الحمى المذكورة للامتصاص العفن ويسرع النبض منها ويصير دقيقا وتفقد القوى ويحصل النحول ويظهر الاسهال والأعراض التيفودية والضعف الذى ينتهى بهلاك المريض

واذا كانت الغنغرينا غير محدودة ربما يهلك المريض في مسافة بضع أيام وأما اذا كانت الغنغرينا محدودة صغيرة فانها قد تستمر بضع اسابيع أو اشهر وربما انتهت بالشفا وفي هذه الحالة تقل نتانة البصاق ويصير قيحيا ويقل مقداره حتى ينقرح ويعقب الغنغرينا حينئذ اما ذبحة الحام أو كيس

والعلامات الطبيعية تكون مفقودة اذا كانت الغنغرينا مركزية وأما اذا كانت قريبة من سطح الرئة فيمكن مشاهدة علامات التجاويف الرئوية كالنفخ الزلى والقراقر والتكلم الصدرى وصوت الأناء المشعور الخ ويرجح المريض عادة النوم على الجهة المريضة

ومضاعفات الغنغرينا الرئوية هي النزيف والالتهاب البليوراوى والانسكاب الهوائى الصديدى في البليورا واصابة الاعضاء المجاورة كالكبد والبريتون والجهاز الهضمى والامتصاص الصديدى والعفن ونحو ذلك

(التشخيص) لا يمكن تشخيص غنغرينا الرئة الا متى حصل البصاق الواصف لها وقد تلتبس بالالتهاب الشعبى العفن ولكن لا تشاهد في بصاق بقايا النسيج الرئوى المستحيلة وأن وجدت بعض نقط غنغرينية في الغشاء المخاطى في التمدد الشعبى أو التهابها العفن فانها تكون وقتية وتشفى وتزول الرائحة المنتنة ولا تصحبها علامات التجاويف الغنغرينية ولا أعراض التسمم العفن التي سبق شرحها

(الانذار) الغنغرينا الرئوية مرض خطر ويختلف للطلى باختلاف اتساعها وأما اذا كانت محدودة صغيرة والمريض شاب قوى البنية فيمكن انتهاؤها بالشفاء عقب تكون غشاء جديد يحيدها على هيئة كيس ثم اذا استحال الغشاء الى الحالة الليفية ينكمش ويعقبه اثر التحام واضحة

(المعالجة) معالجة الغنغرينا الرئوية تتضمن تقوية المريض وتنقيص الرائحة العفنة فلاجل تقويته تستعمل الكينا والانبذة والكؤليات والنوشادر والكافور والأتير وصبغة كلورور للحديد على التعاقب وتنقيص العفونة يحصل بمضاداتها كزيت الترمنتينا تبخيرا (توضع ملعقة أو اثنتان فوق الماء المغلى ويستنشق المريض بخاره) او محلول حمض الفينيك رزا (٢ الى ٥ فى المائة) ويتكرر ذلك من مرتين الى ٤ فى اليوم أو يستعمل زيت الكاليبتول فوق اسفنجة أو فوق المنديل للشم والبلاسم والكريوزوت من الباطن فيعطى ملعقتين فى اليوم من الجرعة الآتية مثلا (نبيذ مالاجا ٥٠٠ جم شراب السكر ١٠٠ وكونياك ٥٠ وكريوزوت ٢) أو يعطى زيت الترمنتينا بقدر ٢٠ الى ٣٠ نقطة مستحلبا فى جرعة يضاف اليها صمغ الكثيرا أو صبغته

ويوضع المريض فى أودة رحبة هاوية ويوصى بالرقاد والاستراحة وتحفظ حرارة المكان مستوية ويعتنى فى تنقية هوائه كما أنه يجب الاعتناء فى تغذيته

(المبحث التاسع فى الانفزيما الرئوية)

المراد بالانفزيما الرئوية تمدد النسيج الرئوى بالهواء بدرجة خارقة للعادة وعلى حسب مجلسها يعبر عنها بالفاظ مختلفة فيقال لها انفيزيما حويصلية أو داخل الفصيصات اذا كان التمدد قاصرا على الخلايا والفصيصات الرئوية وانفيزيما بين الفصيصات اذا تمزقت الحويصلات الرئوية وانسكب الهواء فى النسيج الخلوى المحيط بالفصيصات وانفيزيما تحت البليورا اذا انتشر الهواء فى النسيج الخلوى تحت البليورا ووصل الى الحجاب المنصف ثم تحت جلد العنق والصدر وغير ذلك وهذا الشكل نادر جدا ومتى تمزقت البليورا وانسكب الهواء فى تجويفها يحصل التهاب بليوراوى خطر

(التشريح المرضى) عند فتح الصدر تبرز الرئتان الانفيزيماويتان بدل هبوطهما كالعادة كأنهما كانتا مزدحمتين فى تجويف ضيق وفرج عنهما واحيانا يكون حجمهما متزايدا بحيث أن حافتيهما المقدمة تتلامس أو تتقارب فوق بعضها بقدر قيراط أو قيراطين وتغطى القلب بالرئة

بالرئة اليسرى بالكلية و تبرز قمة الرئة مرتفعة فى الحفرة فوق الترقوة و تضغط القاعدة على الحجاب الحاجز فيتفرطح بعد أن كان محدودبا

وبالتأمل فى الحال المصابة بالانفيزيما يرى لونها ابيض سنجابيا او متوهما بنقط وخطوط مسودة وملمسها ناعم كالحرير أو القطيفة (لاينك) وبالضغط عليها بين الاصبعين لا يحس فيها بأزيز أو يكون بدرجة غير محسوسة وبالضغط على سطحها بالأصبع توجد رخوة ويبقى محل الضغط منبعجا فيها بسبب فقد مرونتها ولهذا السبب يحفظ سطح الرئة اثر الأضلاع فى الأحوال التى يزيد فيها حجم الرئتين زيادة بحيث انها تضغط على الاضلاع وتبرز فى المسافات بينها وتوجد على سطح الرئة بروزات فقاعية فى حجم حبة الدخن أو أكبر ناشئة من تمدد الخلايا الرئوية وقد يصل حجم الفقاعات الى حجم البندقة أو بيضة الحمامة فى الانفيزيما بين الفصيصات وتصير الاوعية الشعرية منضغطة أو متسعة فى حذاء الانفيزيما بحيث لو فعل الشق فى حذائها فلا يسيل الدم ويبقى سطح الشق جافا ولكن تتمدد الأوعية الشعرية غالبا فى الاجزاء السليمة المجاورة وتوجب احتقانا رئويا أو زيما ويا

ومجلس الانفيزيما يكون عادة فى قمة الرئة وحافاتها المقدمة والسفلى فتبرز القمة خلف الترقوة وتفقد الحافات حدتها وتصير مستديرة كالة والانفيزيما عادة تصيب الرئتين معا

وبالبحث الميكروسكوبى عن الرئة بعد نفخها وتجفيفها يوجد التمدد فى الانفيزيما الحديثة قاصرا على بعض الخلايا الرئوية وقمعها وتوجد الحواجز الخلايئية والياف ها المرنة فى حالة ضمور ولذلك يزداد تمدد الخلايا الرئوية بسهولة ويصل حجمها الى حجم حبة الدخن فما فوقها ثم متى تقدمت الانفيزيما تصيب الفصيصات الرئوية ويزداد ضمور حواجز الخلايا وتنتهى بأن تنثقب فتتصل ببعضها ويعقب ذلك زيادة حجم الفقاعات أو تتكون فى الرئة تجاويف صغيرة متعددة منفصلة أو متصلة ببعضها يمر فيها الهواء بسهولة

وهناك نوع من الانفيزيما يعبر عنه النمساويون بالضمور الانفيزيماوى ويشاهد

خصوصا عند الشيوخ ويتصف بصغر حجم الرئتين وخفتهما ونفخ الصدر وبسطات
على بعضهما كالمثانة الفارغة وتعجنها بغافة زائدة وضعف عضلي مفرط وضيق
في تجويف الصدر وانحراف في اتجاه الاضلاع السفلى حتى أنها تقرب من عرق الحرقفة
وتضغط على القلب ويتسبب من ذلك اتساع في الاجوبة القلبية في الحي حالة كون
القلب تمسه ضغطا كما في الاحشاء

(الاسباب وتأثيرها) تشاهد الانفزيما مضاعفة أو مصاحبة لعدة امراض
فتحصل عقب نوب السعال الديكي والكروب والالتهاب الشعبي الرئوي والالتهاب
الشعبي المزمن وضمور الرئتين وتحصل الانفزيما ايضا عقب المجهودات المستمرة
زمنا كالمداومة على حمل الاثقال وصعود السلم المرتفع والنفخ في الآلات الموسيقية
ونحو ذلك والوراثة لها دخل في الاستعداد للانفزيما ولكن تأثير الوراثة
قاصر على ضعف مرونة النسيج الرئوي فيسهل تمدده اذا تعرض الشخص لأسباب
الانفزيما الأخرى وأما الانفزيما في حد ذاتها فانها ليست وراثية
وبالجملة فان الانفزيما تنشأ من اعاقة الزفير لاسيما اذا اصطحب بضمور النسيج
الرئوي أو فقد مرونته ومقاومته الطبيعية فمتى حصلت اعاقة الزفير سواء
كان بسبب مرضي أو بسبب السعال أو المجهود أو النفخ في الآلات فان الهواء
يضغط على جدر الخلايا الرئوية ويمددها فاذا كان النسيج الرئوي ضعيفا قليل
المقاومة أو ضامرا من قبل يسهل تمدد الخلايا وتقدم الانفزيما ومما يدل على
تأثير الزفير في تولد الانفزيما هو اصابة الرئة أولا في الحال الغير المحفوظة
بجدر الصدر كالقمة والحافة المقدمة ثم اصابة الخلايا الرئوية الملامسة
للقفص الصدري ومستندة عليه فيما بعد

(الاعراض) اهم اعراض الانفزيما الرئوية هو الذي يستخرج من العلامات الطبيعية
التي سنذكرها وأول ما يستشعر به المريض هو عسر التنفس الذي يحس به ابتداء
فقط عند فعل المجهودات أو صعود السلم ثم يصير مستمرا حتى في وقت الاستراحة
ويتهيأ للشخص أن صدره منتفخ ولا يمكنه اخراج الهواء منه بمجهودات الزفير
واذا

واذا لم يتقدم عسر التنفس عن ذلك واستحفظ المريض على نفسه من النوازل فانه يتوصل الى السن المتقدم ولكن مضاعفات الانفيزيما بالنوازل الشعبية والربوكثيرة الحصول ويتسبب عنها زيادة الانفيزيما او شدة الاعراض

ومتى تقدمت الانفيزيما يشتد عسر التنفس ويسمع ازيز على بعد وتسرع حركاته وتصير قصيرة حتى لا يمكن المريض النطق ببعض كلمات في نفس واحد ولا يمكنه الرقاد في الفراش فيمضي ليله مضطجعا على الوسادات او جالسا ويشتد ضجره متى تزايدت النوازل الشعبية او حصل السعال المتعلق بها او الربو ونوب الخناقة او متى حصل الضغط على الحجاب الحاجز عقب انتفاخ البطن بالغازات المعدية وكلما تخلخل النسيج الرئوي ينقص سطح التنفس ويمكن تقديره بواسطة قياس التنفس (سبيرومتر) فتراه قد ينزل الى النصف او اقل ويتسبب عن ذلك ظهور علامات الاسفكسيا البطيئة فيكمد لون الوجه واليدين وباقي الجسم بالتدريج وتتقدم الاسفكسيا بسرعة اذا تصاحبت الانفيزيما بالالتهاب الشعبي الشعري

ويتسبب عن عدم كفاية التنفس ضعف في الجسم ونهوكة زائدة ويعقب اعاقة الدورة الشعرية تراكم الدم في البطين الايمن ثم تمدده وعدم كفاية صماماته وحصول الضربان في القسم الشراسيفي واضطراب الدورة القلبية الرئوية طبعا يزيد في صعوبات التنفس ويعرض المريض لاخطار جديدة

واما العلامات الطبيعية فبالتأمل للصدر توجد له هيئة مخصوصة واصفة فيتحدب من الامام عقب بروز جسم القص والحفرة الترقوية ويزيد تقوس العامود الفقري في قسم الظهر بحيث يكتسب الصدر شكل البرميل او يكون اسطوانيا وفي الانفيزيما المتقدمة تتسع المسافات بين الاضلاع وربما برزت الرئة بينها وتتسع قاعدة الصدر فيتوتر القسم الشراسيفي وينبطط بسبب جذب الاضلاع الكاذبة عليه من الجهتين ولا تتحرك الاضلاع مدة التنفس لانها ثابتة في حركة شهيق قوي ولكن يرتفع الصدر بجمعه مدة الشهيق بسبب الجذب عليه بالعضلات الترقوية الحلمية والمعينية ولذلك تكون هذه العضلات نامية بارزة ومتوترة ولا يتحرك البطن مدة الشهيق

بسبب سقوط الحجاب الحاجز أو بالعكس بخسف القسم الشراسيفي مع حركات التنهيق ومدة السعال يرى بروز قمة الرئتين في الحفرة فوق الترقوة ولا يشتبه ذلك بالانوريزما واذا بحث عن النبض مدة السعال القوي يرى انه يمتلئ ويتوتر ثم يقف برهة بعد السعال (جينر)

وبالجس يوجد في اهتزاز الصوت ضعف او فقد بالكلية في حذاء الانفيزيما ويكون صوت القرع رنانا جدا ومع تقدم الانفيزيما يتسع سطح الرنانية وتعم الصدر وتستولى على النقط الصدرية الأصمية الطبيعية لقسم القلب والكبد فتزول أصمية القلب ويحل محلها رنانية واضحة ويحل محل أصمية الكبد والطحال رنانية ربما تصل الى غاية الضلع السابع أو الثامن وكذلك قسم القص يصير رنانا وتشاهد الرنانية في الظهر واضحة في المسافة التي بين اللوح والعامود الفقري وتصير الرنانية طبلية في النقط الرنانة طبيعة

وبالتسمع يوجد ضعف الخرير الحويصلي أو فقده بالكلية ويكون التنفس ازيزيا والتنهيق فيه قصيرا والزفير مستطيلا جدا بحيث أنه بدل أن يكون كالمعتاد ثلث الشهيق يصير قدره ثلاث مرات أو اربعا الى أن يزيد قدره عن الحالة الطبيعية ١٢ مرة وقد يسمع للزفير خرخر متنوعة أو صفير أو ازيز قوي متى تضاعفت الانفيزيما بالالتهاب الشعبي أو الربو

(التشخيص) تشخيص الانفيزيما سهل باعتبار عسر التنفس والعلامات الطبيعية انما يلزم الاهتمام في تشخيص الأمراض المصاحبة له كالالتهاب الشعبي والربو والدرن الرئوي وآفات القلب

(المعالجه) يلزم الاهتمام في معالجة الأسباب المرضية والأمراض المضاعفة للانفيزيما بما يوافق ولأجل تلطيف التنفس يستعمل استنشاق الاوكسيجين والهواء المضغوط ويعتنى بالتدبير الصحي والغذائي

(المبحث العاشر في ضغط الرئة وهبوطها (اتلكتازيا))

المراد بالاتلكتازيا الرئوية عدم تمدد خلاياها مدة التنفس وهبوطها وخلوها

وخلوها من الهواء بالكلية بحيث تكتسب أوصاف الحالة الجنينية اى رئة الطفل الحديث الوضع الذى لم يتنفس

(الأسباب وتأثيرها) جميع الأسباب التى تمنع ورود الهواء الى داخل الخلايا الرئوية تحدث هبوطها كما لالتهاب الشعبى الشعرى والالتهاب الرئوى والكروب وانسداد القصبة أو الشعب بالاجسام الغريبة أو الأورام ونحوها ففى الالتهاب الشعبى الشعرى تنسد الشعب الدقيقة بمواد الافرازات الالتهابية كصمام محكم مدة الشهيق فلا يتيسر للهواء عبوره ولا الوصول الى الخلايا الرئوية ويتزحزح مدة الزفير خصوصا عند السعال فيخرج بعض الهواء الموجود فى الخلايا الرئوية ويساعد على ذلك مرونة النسيج الرئوى ثم تمص الأوعية ما بقى فى الخلايا الرئوية من الهواء المحصور ومتى تجردت من الهواء تهبط جدرها وينسد تجويفها

وكذلك لو انسد فرع شعبى أوجب انقطاع ورود الهواء فى الخلايا الرئوية المتعلقة به فتمص الأوعية الهواء المحصور فيها فتفرغ وتهبط

وأما اذا وقع الضغط على جزء من الرئة عقب انسكاب بليوراوى أو ضخامة فى القلب مثلا فان الخلايا الرئوية المضغوطة تتجرد من الهواء

وأما ورود الهواء بمقدار غير كاف فيشاهد فى الكروب و فى الحميات الشديدة كالحمى التيفودية ويعقبه هبوط الرئة فى القاعدة والحافة المقدمة

ومما يساعد على هبوط الرئة ضعف عضلات التنفس ورخاوة القفص الصدرى أو تشوهاته ولذلك يسهل حصوله عند المصاب بالحمى التيفودية وعند الأطفال خصوصا الراشتيكيين وأما الكهل القوى البنية فيتمكن فى الغالب من فعل حركات شهيق قوية تدخل الهواء فى الخلايا الرئوية رغما عن موافقة المسالك الهوائية

(التشريح المرضى) الحالة الجنينية تشاهد فى الرئتين عند الطفل الحديث الوضع الذى يموت قبل ان يتنفس وأما اذا تنفس ولو تنفسا جزئيا فلا تشاهد تلك الحالة الا فى بعض الاجزاء وتكون عادة فى الحافة المقدمة من الرئتين

وسواء كانت الرئة في الحالة الجنينية او اصيبت بالضغط فبالتأمل فيها توجد مجمرة وسطح شقها احمر مسمر اًحا فا مستويا أملس وتوجد الاجزاء الهابطة منخفضة عن الاجزاء السليمة المجاورة لها واذا كان مجلسها حافة الرئة يشاهد في حذائها انبعاج ولا يحس فيها بأزيز واذا وضعت قطعة منها في الماء ترسب في القاع والاوصاف المذكورة تميزها عن التكبد الرئوي وتميز عنه خصوصا بواسطة نفخ الرئة الصناعي الذي يعيد الخلايا الرئوية الهابطة الى أصلها ولا ينوع التكبد

وتارة يصحب الضغط الرئوي احتقان شعري شديد يتسبب عنه اوزيما النسيج الرئوي فتصير الاوصاف السابقة أقل وضوحا فلا يشاهد انبعاج في حذائها ويكون سطح الشق رطبا وبالضغط عليه يسيل منه سائل مصلي ولكن الاحتقان الدموي المذكور يميز ضغط الرئة عن تجمها الذي يكون فيه النسيج الرئوي مجردا ايضا من الهواء ويكون في آن واحد متجردا من الدم ومتيبسا ولونه اردوازيا أو سنجابيا فيرانيا

ولا يعقب الضغط الرئوي تشوه في جدار الصدر عادة بسبب عدم حصول فراغ محله وحصول التمدد العوضي في الاجزاء السليمة من الرئة واذا هبطت الرئة بتمامها في جهة تمدد الرئة في الجهة الثانية وتضغط على الحجاب المنصف وتملأ الفراغ الذي حصل

(الأعراض والانتهاء) هبوط الرئة الميلادي يعرف بتنفس الطفل السطحي وعدم امكان تصويته وعدم تطلبه الثدي وظهور علامات الأسفكسيا عنده التي تتقدم بسرعة وتنتهي بالموت في حالة التشنج واما هبوط الرئة التابعي فانه يتسبب عنه ازدياد في الأسفكسيا المتعلقة بالمرض الأصلي واذا كان الهبوط الرئوي منتشرا في بعض الفصوص الرئوية كما هو العادة في الالتهاب الشعبي الشعري فلا يمكن استكشافه لفقد العلامات الطبيعية واما اذا تقاربت الفصيصات المصابة أو كانت قاصرة على جزء محدود من الرئة بقرب سطحها فربما

توجد

توجد الأصية ويفقد لخريرا لحويصلى في حدانها مع النفخ الشعبى ويحتمل مشاهدة هذه الأعراض ثم انصرافها عند تغيير وضع المريض أو بعد فعل حركات تنفسية شاقة والضغط الرئوى عارض وقتى ينتهى بالشفاء متى زال السبب الذى احدثه أو شفى المرض الشعبى كالالتهاب الشعبى الشعرى والكروپ فان الخلايا تقبل تجدد الهواء وتتمدد وتعود الى اصلها

وليس من النادر مضاعفة الاتلكتازيا بالاوزيما او الالتهاب الرئوى

(التشخيص) يصير تمييز الضغط الرئوى اذا كان محدودا على بورات صغيرة واذا كان اتساعه زائدا عن ٢ أو ٤ سنتيمتر بحيث يمكن مشاهدة علاماته الطبيعية ويمكن التباسه بالالتهاب الرئوى او البليوراوى الجزئى أو بالنزيف الرئوى ولكنه يتميز عن الالتهاب الرئوى بتغيير أو زوال العلامات عند تغيير أوضاع المريض أو عند فعل حركات زفير شاقة ويتميز عن الالتهاب البليوراوى بعدم وجود الصوت المعزى وثبات الاصمية وأما النزيف الرئوى فيتميز بالنفث الدموى

(الانذار) يتعلق الانذار بالسبب الذى احدث الضغط الرئوى

(المعالجة) هبوط الرئة الميلادى يحتاج الى تنظيف فم الطفل وفعل التنفس الصناعى وتنبيهه للصريخ واعطائه اللبن بالملعقة وتغليفه بالملابس الواقية من البرد وأما الهبوط التابعى فيحتاج الى معالجة المرض الأصلى ويضاف الى ذلك بعض المنبهات وتغيير وضع المريض طريح الفراش وأمره بفعل حركات شهيق قوية

(المبحث الحادى عشر فى الدرن الرئوى)

الدرن الرئوى مرض ميكروبى عفونى معدى خطر جدا يصيب الشبان والكهول غالبا ومجلسه النسيج الرئوى والشعب والأوعية الشعرية الدموية واللنفاوية الرئوية التى يحدث فيها آفات متنوعة وهو على نوعين الأول الدرن الرئوى الحاد المعبر عنه بالسل الرئوى والثانى الدرن الرئوى الدخنى السنجابى الحاد وقد سبق الكلام على الدرن مفصلا فى باب الامراض العفنة فليراجع ونقتصر هنا على الدرن الرئوى

(اولا في السل الرئوى)

السل الرئوى هو تدرن الرئة المصحوب عادة بالنحول والنهوكة وحمى الدق وهو مرض منتشر جدا وثلث الوفيات تقريبا من سن ١٥ الى ٤٥ سنة ينسب اليه في الاقاليم المعتدلة لأوربا وأمريكا

(التشريح المرضى) قبل ان يستكشف المعلم (كوخ) باسيل الدرن كانت الآراء مختلفة جدا في التعبير على الآفات الوضعية في السل الرئوى فكان البعض يعتبرها نوعين درنية وغير درنية ويزعم أن الغير الدرنى هو السل الجبنى والليفى ويقول أن السل الجبنى هو التهاب مزمن بسيط أو خناني والحال ان هذه الآفات كلها درنية حقيقة ولا يوجد الا نوع واحد من السل الرئوى وهو السل الدرنى وانما تختلف آفاته على حسب درجاته لأن لفظة السل الرئوى في حد ذاتها تواديها الدرجة النهائية للتدرن ولكن في الابتداء يكون الدرن الرئوى حديثا حبيبيا واضحا متفرقا أو مرتشحا في النسيج الرئوى ثم يستحيل الى الحالة الجبنية ويلين ويتقرح أو يستحيل الى الحالة الليفية الصرف أو الليفية الكلية (راجع الدرن على العموم) وبالبحث الميكروسكوبي عن جميع هذه الآفات يوجد فيها الباسيل الدرنى المعروف بأوصافه الميكروجرافية والبيولوجية الخاصة

ويصحب السل الرئوى دائما بالالتهاب الشعبي الرئوى الذى يمكن اعتباره مرضا ملازما له ويتضاعف تقريبا دائما بالتهابات شعبية وبليوراوية ووعائية متنوعة ولا يقتصر على الرئة وحدها الا في احوال استثنائية والعادة ان الدرن يصيب اعضاء أخر من الجسم في آن واحد وفي الرئة نفسها يبتدئ الدرن في القمة اليمنى غالبا ويمتد فيهما من اعلا الى اسفل ولا يحصل العكس وقد يبتدئ بالفص المتوسط أو القاعدة ومتى تقدم الدرن في احدى الرئتين يصيب الاخرى عادة ولا يعلم السبب في استعداد قمة الرئة للتدرن اكثر من باقى اجزاء العضو وبعضهم ينسبه لضعف الدورة والتنفس فيها بسبب ارتفاعها في الانسان وقلة حركات الاضلاع الأول ولم يثبت ذلك خصوصا وان تدرن الرئة عند النساء والرجال سواء مع ان المرأة تتنفس عادة بالقمة زيادة عن الرجل وقد شاهد المعلم (مورتون) حصول التدرن في الحافة المقدمة للرئتين عند طرحى الفراش والحال

أن

ان التنفس عند هؤلاء المرضى كان قويا فى هذه الاجزاء زيادة عن بقية اجزاء الرئة ولاجل ذكر هذه الآفات المختلفة بتمامها يلزم اعتبارها على انفرادها بالتفصيل من ابتداء ظهور الحبيبات الدرنية أو الارتشاح الدرنى الجلاتينى تكون الكهوف وعواقبها

(الحبيبات الدرنية) الحبيبات الدرنية السنجابية الصلبة الدقيقة الحجم التى لا يزيد حجمها عن جزء من ملليمتر بحيث لا تشاهد بالعين العارية ويعبر عنها بحبيبات بيلى نادرة هنا وتشاهد فى التدرن العام الحاد الذى سنذكره قريبا ومجلسها فى الغالب جدر الأوعية الدموية واللنفاوية وأما الحبيبات الدرنية التى تشاهد هنا فهى الحبيبات الدرنية السنجابية الأقل صلابة التى حجمها يصل من نصف ملليمتر الى ملليمتر ونصف بحيث يمكن مشاهدتها بالعين العارية كحبة الدخن مستديرة بلورية لونها سنجابى نصف شفاف فى الابتداء ثم تصير مصفرة معتمة فيما بعد متى اصابتها الاستحالة الجبنية وتوجد ملتصقة جدا بالانسجة بحيث لا يمكن اخراجها بدون نزع الاجزاء الرخوة معها ومجلس هذه الحبيبات المعتاد (تبع رند فلايش) جدر الشعب الشعرية النهائية بحيث تحيط بها على هيئة هلال أو كم ثم تمتد من الشعب الى الخلايا الرئوية المجاورة وتنمو فى جدرها وتتكاثر وتمتد وتكون ما يعبر عنه بالنواة الدرنية التى قد يصل حجمها الى قدر البندقة أو البيضة ويتسبب عنها تكاثف النسيج الرئوى حولها أو التهاب الشعب الشعرية والخلايا الرئوية المصابة وارتشاح جدرها بخلايا جنينية وانفصال بشرة غشائها المخاطى وامتلاء تجويفها بخلايا بشرية كبيرة بعضها يستحيل الى الحالة الشحمية وهو ما يعبر عنه بالالتهاب الشعبى الرئوى النزلى الدرنى وبعض الحبيبات الدرنية ينمو فى جدر الشعب الشعرية ويتبرز داخلها وتنسد الانبوبة الشعرية وهو ما يعبر عنه بالالتهاب الشعبى الباطنى الساد والأوعية الشعرية المجاورة للتدرن اما ان تتمدد وتصير دوالية وتصاب بالتدرن كالشعب الشعرية فتحيط بها الحبيبات على هيئة كم وترشح جدرها وتحدث التهابا شعريا سطحيا وأما ان تبرز فى داخلها وتسدها ويعبر عن ذلك بالالتهاب الشعرى الباطنى الساد ولا يقتصر التدرن على نوع واحد من الأوعية الشعرية بل يصيب انواعها الشريانية والوريدية الشعبية والرئوية والليمفاوية معا

(الارتشاح الدرنى أو الجبنى) يظهر الارتشاح الدرنى فى الابتداء على هيئة مادة سنجابية أو هلامية

نصف شفافة ثم مصفرة معتمة فيما بعد ويبتدئ الارتشاح في النسيج الرئوي في اتساع كبير أو يكون محدودا في بورة مختلفة الحجم وبالنسبة للونه وهيئته يسمى بالارتشاح الجبني ويتسبب من هذا الارتشاح تكاثف النسيج الرئوي والتهاب سنجابي رئوي درني يمكن تسميته بالالتهاب المزمن الدرني وبالبحث عن مادة الارتشاح بالميكروسكوب يوجد في النقط المدرينة المصهد السنجابية بعض الخلايا الهائية التي هي أساس الحبيبات الدرنية إلا أنها هنا متبددة سريعة التحبب والاستحالة الشحمية ولذلك لا توجد في الارتشاح الاقدم للصغر المعتم الجبني بل توجد فيه خلايا بشرية وكرات لينفاوية مضمودة بالاستحالة الشحمية ومصحوبة بباللورات دسمة متنوعة وجميع هذه الآفات تتميز عن الالتهاب البسيط بوجود الباسيل الدرني فيها ثم أن كلا من الحبيبات الدرنية والارتشاح الدرني يوجب انسداد الاوعية الشعرية حولها ويتبع عديمة الوعائية في الابتدا وتكابد استحالات متشابهة فبعد أن كانت سنجابية نصف شفافة تصير مصفرة معتمة وهذا يعبر عنه بالاستحالة الجبنية ولا يستثنى من ذلك الاحبيبات بل فانها في الغالب تستمر صلبة وتستمر أو تتورم أو تستحيل الى الحالة الليفية وتتخاص على الاستحالات الأخرى وتبتدئ الاستحالة الجبنية المذكورة في وسط النواة الدرنية بالحبيبات القديمة أو بالنقط الأقدم من الارتشاح الدرني وتنتهي باللين والتقرح ويظهر في جدرها حينئذ أوعية حديثة التكوين تتصل بالأوعية الشعبية

وبالبحث الميكروسكوبي عن بورة اللين الدرني يوجد فيها خلاف عناصر الالتهاب النزلي التي سبق شرحها بعض اثار النسيج الرئوي والأنابيب الشعبية والأوعية المتلاشية كالالياف المرنة وجزئيات الغضاريف وحيث ان مواد اللين والتقرح الدرني تخرج بالسعال مع البصاق فبالبحث عن البصاق توجد فيه الالياف المرنة للنسيج الرئوي ووجودها قبل استكشاف الباسيل الدرني كأنه يعتبر من العلامات المهمة في تشخيص الدرن

وخلاف الاستحالة الجبنية يشاهد في الدرن الرئوي احيانا حصول الاستحالة الليفية أو الكلسية التي تعتبر انتهاء حميدا وسنذكرها قريبا

(الكهوف الدرنية) متى حصل اللين والتقرح في الارتشاح الدرني أو في الحبيبات الدرنية الشعبية للخلايا الرئوية يعقبها تجاويف صغيرة تسمى بالكهوف الخلوية ثم باجتماع

الكهوف

الكهوف الخلوية المتجاورة لبعضها تتكون كهوف أكبر منها تسمى بالكهوف الفصيصية وباجتماع الكهوف الفصيصية ببعضها تتكون الكهف الفصى الذى يختلف حجمه من قدر البندقة الحجم البرتقالة أو أكبر منها وحيث ان الكهف الفصى يتكون من اجتماع عدة كهوف فصيصية يوجد سطحه منتهكا غير منتظم وتجويفه مجزئا بالجمة مارة من احدى جهاته الى الجهة الأخرى وتتكون هذه الأجمة اما من النسيج الخلوى بين الفصيصات أو من النسيج الرئوى المتكاثف الذى تخلف من اتصال الكهوف الأصلية ببعضها أو من فروع الشرايين الرئوية التى انسدت وقاومت تأثير الدرن عليها

وبالتأمل فى جدر الكهف توجد متكونة ابتداء من طبقة من الدرن المجاور ووجود هذه الطبقة الجبنية يدل على استرار اتساع التدرن الذى لم يزل يتجدد فى محيط الكهف ويصيب النسيج الرئوى فى سيره وربما وصل الى البليورا بين الفصوص الرئوية واذا وصل اليها فاما أن يقف ويحد الكهف فى الفص العلوى واما ان يثقب الغشاء المصلى ويسرى الى الفص السفلى من الرئة فتكبر تجاويف الكهف على الدوام من أعلا الى أسفل

وفى أحوال اخرى تلين الطبقة الجبنية المكونة لجدر الكهف ولا يتجدد الدرن فى دائرتها ويعقب ذلك تجرد الكهف منها وتتغطى جدر الكهف بطبقة من غشاء جديد شبيه بالغشاء القيحى للنواصير أو بالازرار الحية للقروح يفرز مادة صديدية بامتصاصها تساعد على شدة حمى الدق وقد يستحيل هذا الغشاء الى نسيج ليفى ندبى ينتهى بالتحام الكهف وشفائه

وفى بعض الأحيان يسبق تكون الكهف تمدد الشعب المجاورة عقب اصابة جدرها وفقدم رونتها بحيث انه متى ابتدأ الكهف يوجد جزء من جدره أملس متكونا من سطح الشعب المتمددة (لاينك هاملتون) فاذا انطلى الكهف أيضا بغشاء أملس حديث التكوين شبيه بالغشاء المخاطى يصير الالتباس بالتمدد الشعبى أكبر ولكن يتميز الكهف بوجود الأجمة السابقة الذكر واذا تآكلت الاجمه وانقطعت فلا تزال أطرافها ساقطة على جدر الكهف كالسجة أو الشراريب

وفي بعض الأحيان توجد درجات الدرن المختلفة أي الدرن السنجابي والتجبن والللين والتقرح مجتمعة في شخص واحد فيوجد في قمة الرئة مثلا كهف تام التكوين أعني تقرح فيه الدرن في مركزه وخرج مع البصاق وتحته وبالقرب منه بؤرة درنية أصغر من الكهف فيها الدرن متجبن ومركزه في حالة لين وأسفل من ذلك بؤرة ثالثة أصغر من السابقة متكونة من حبيبات درنية سنجابية ومركزها مصفر متجبن

ولا يقتصر امتداد التدرن في الرئة المصابة من أعلا الى أسفل بل يصيب عادة الرئة الثانية ويمتد الى العقد اللمفاوية الشعبية والحنجرة والأعضاء البعيدة كالقناة الهضمية وخصوصا اللفائف المعوية والكبد والطحال والبريتون والمراكز العصبية سيما السحايا والاعضاء التناسلية البولية وبالأخص الكلا والخصيتين وبوق فالاب

ويصحب الكهف الرئوي دائما التهاب بليوراوي جاف يتصف عادة بتكون اغشية كاذبة تلحم البليوراجدار الكهف ويحصل في البليورا في النادر انسكابات مصلية أو مصلية ليفية أو قيحية أو دموية أو تنثقب البليورا ويحصل انسكاب هوائي خطر وبالبحث فيها عن الباسيل الدرني يوجد عادة في الغشاء الكاذب في الطبقات المجاورة للكهف ولا يشاهد الالتهاب الرئوي الليفي ولا الغنغرينا الرئوية في السل الرئوي

ثم أن تجويف الكهف يحتوي ابتداء على بعض ندف من المواد الجبنية التي تجزأ وتخرج مع البصاق ثم يظهر فيه العديد الذي يجدد على الدوام من الغشاء المفرز له ومن النادر أن يكتسب رائحة منتنة وفي العادة تكون رائحته تفهة منوية ولحيانا ما يوجد تجويف الكهف فارغا وجدره جافة ويصحبه حينئذ بصاق وفي بعض الأحيان يكون الكهف ممتلئا بالدم وبالبحث عن ينبوعه يوجد في جدر الكهف بعض الفروع الشريانية الرئوية في حالة انيوريزماوية وان احدها قد تمزق واوجب النزيف الذي ربما يصير غزيرا خطرا أو مميتا

(الأستحالة الليفية والكلسية) الدرن الرئوي لا ينتهي دائما بالموت وشوهد حصول الشفا في درجاته المختلفة كما يثبت ذلك وجود اثار الكهوف الدرنية

الملتحمة

الملتحمة وجثث الشيوخ الذين ماتوا باسباب مرضية أخرى ويحصل الشفاء باستحالة التدرن الى الحالة الليفية أو الكلسية وما يؤكد أن هذه الاستحالات درنية وليست التهابية بسيطة هو وجود الباسيل الدرنى فى محيط الندبة الليفية أو الكلسية التى لم يتم تكونها

والاستحالة الليفية تشاهد فى الحبيبات الدرنية والكهوف أما الحبيبات الدرنية فتعقبها الندب الجيبية وأما الكهوف فتستحيل جدرها ابتداء ثم تنكمش فيضيق الكهف جداً أو ينسد بالكلية على هيئة ندبة نجمية بجوارها النسيج الرئوى متكاثف فيما نتى وتكون الندبة نفسها صلبة جداً وداخلها بعض نويات متحجرة كلسية أو طباشيرية كالجبنة الجافة وقديم الندبة ارتشاح جيرى فتكتسب هيئة الحجر وصلابته

ومتى شفى الكهف فانه ينكمش عادة نحو العامود الفقرى ويجذب الجزء السفلى من الرئة الى الأعلا والخلف واذا لم يكن الكهف ملتحماً بالجدر الصدرية عقب الالتهاب البليوراوى فأن البليورا تنجذب مع الكهف المنكمش لغاية درجة محدودة بعدها تنفصل عن جدره أو تتمزق ويمتلئ الفراغ الناشئ من انكماش الكهف بتمدد الرئة الانفيزيماوى الذى يصيب المفصوص المجاورة للكهف أو الرئة الثانية وتحول الاحشاء المجاورة فينجذب الكبد الى أعلا اذا كانت الندبة فى الجهة اليمنى ويحول القلب الى اليمين بدرجة مختلفة وأما اذا كانت الندبة فى الجهة اليسرى فتنجذب المعدة الى اعلا ويصعد القلب نحو الأبط الأيسر وتنخسف الأضلاع العليا فى حذاء الكهف

وبالاختصار يتصف السل الدرنى بتعدد وتنوع آفاته فيكون على الدوام تقريبا مصحوبا فى آن واحد بالالتهاب الشعبى الرئوى والبليوراوى وحبيبات درنية سنجابية وارتشاح جبنى وتقرح درنى وكهوف وابتداء اثر التحام ليفية أو كلسية فى جدرها

(الاعراض) قد يسبق السل الرئوى اعراض هجوم مدتها طويلة جداً ولذلك تسمى باعراض الشبهة وذلك كالذبحات الحنجرية والشعبية المتكررة والسعال الجاف أو المصحوب ببصاق مدمم أو النفث الدموى الذى يطرأ احيانا على نوب وبحة الصوت

ثم حصول اضطراب في الهضم وفقد الشهية وغثيان أو قيء وتظهر على الشخص بهاتة اللون والانيميا وتضعف قواه العضلية وتبتدئ عنده النحافة ببطء كل ذلك والمريض يظهر أنه فقط أهمل في نوازله وأخيراً متى حضر الى الاستشارة الطبية يوجد بالاستقصاء الصدري أن معه ابتداء التدرن ويوجد الباسيل الدرني في بصاقه وتستمر حالة المريض في التقدم مع بعض فترات يظهر فيها ان المرض تحسن وقد يحسن حقيقة أو يشفى من الدرن في هذا الدور ولكن ينتهي الحال في الغالب بالسل الرئوي

وفي أحوال أخرى يبتدئ الدرن بأعراض حادة كالحمى والقشعريرة وألم الجنب والسعال والبصاق اللزج المحمر بحيث تشتبه الحالة بالالتهاب الرئوي وربما هلك المريض في مسافة بضع أسابيع قبل ان يتقرح الدرن وذلك نادر والعادة ان تقرح الدرن هنا يكون سريعاً ويمكن استكشاف الكهف بالعلامات الطبيعية ويعبر عن ذلك بالسل الرئوي الحاد أو التحت حاد

وأما السل الرئوي المزمن أو المعتاد فانه قد يعقب السل الحاد أو يكون مزمناً من مبدئه ويتصف بزيادة النحول والضعف والانيميا وتواتر السعال والبصاق الصديدي أو المدمم ودوام حمى الدق والعرق الليلي والاسهال ويكتسب المسلول هيئة مخصوصة وأصابعه تتضخم كلما تقدمت الكاشكسيا ويضعف النبض وتظهر الأوزيما في الاطراف وتستمر المعقولية ومعها الأمل الى آخر درجة من رمق الحياة

ولأجل معرفة هذه الاعراض مستوفية نعتبرها على انفرادها ثم نتبعها بالعلامات الطبيعية فنقول

(النحافة والضعف والأنيميا) تحصل النحافة في أول الأمر وتستمر وقد تصل الى درجة متقدمة بحيث يفقد الشخص مقداراً عظيماً من وزنه المعتاد قبل ظهور العلامات الطبيعية ثم تتقدم مع ظهور السل الرئوي حتى يفقد الشخص ربع وزنه أو ثلثه أو أكثر من ذلك اذا كان ضخماً قبل تمرضه ويبقى الجلد متندياً أو جافاً ويدق الشعر ويفقد لمعانه وبجعد

وليست هنا متعلقة باضطراب الهضم وحمى الدق والعرق والبصاق الصديدي فقط

فقط بل يتعلق ايضا بالكاشكسيا الدرنية التى تشبه الكاشكسيا السرطانية وتحدث انيميا وضمور الانسجة على العموم ماعدا القلب فانه لايصاب هنا بالضمور بنسبة باقى الاعضاء بسبب ازدياد فعله الذى يعقب اصابة النسيج الرئوى وانسداد الشرايين الرئوية

ويصحب الخافة انيميا وضعف القوى والنشاط فيتعب المريض من أقل حركة ويميل الى الاستراحة المستمرة وللرقاد ويستيقظ صباحا فى حالة ملل وتعب وبعض المرضى يحفظ قواه العضلية مدة وأما القوى العقلية فلا تصاب عادة فى سير السل الرئوى

والانيميا تعد من ضمن الأعراض الابتدائية ويتسبب عنها بهاتة الوجه واليدين واوزيما القدمين وخلاف اوزيما الانيميا المذكورة ربما تحصل الاوزيما المؤلمة البيضا فى الأطراف عقب تكون سدد وريدية واوزيما منتشرة عقب اصابة الكلا أو البول الزلالى

ويتسبب عن الانيميا أيضا تأخير الطمث أو انقطاعه وحصول السيلان الأبيض عند المرأة

(القيئ والأسهال) يشاهد القيئ غالبا فى ابتداء المرض قبل ظهور العلامات الطبيعية وقبل اصابة المعدة وقد ينسب الى تهيج العصب الرئوى المعدى ويحصل القيئ فيما بعد ايضا من شدة السعال

وأما الاسهال فأما ان يسبق العلامات الطبيعية أو يصحب السل وينسب لاصابة الأمعا الدقاق بالدرن

(الحمى والعرق والنبض) متى حصلت الخافة والانيميا عند شخص فيه الشبهة الدرنية يلزم الاعتناء فى البحث عن درجة حرارته والتأكد منها ان كانت مرتفعة أم لا وهل فيها تزايد فى المساء أم لا وهل اليدان دافئتان والوجنتان محتقنتان والنبض سريع والعرق الليلى موجود أم لا

والحمى فى السل تختلف فى السير والمدة فأحيانا تكون خفيفة جدا بحيث لاتصل الى

درجة ٣٨ الا في المساء ولا توجد طول النهار او في الغالب تكون اشد من ذلك
بحيث تصل الى ٣٩ أو ٣٩ ونصف في المساء وتخف مدة النهار أو تنزل عن
الدرجة الطبيعية فتعتبر علامة رديئة وقد يسبقها الاحساس بالبرد والقشعريرة
ويعقبها العرق بحيث تشتبه بالحمى المتقطعة وفي بعض الأحيان تشتد الحمى جداً
وتتزايد في المساء وتصل الى ٤٠ درجة وفوقها ولا تنخفض عن ٣٩ بالنهار
ولكن مهما كانت درجة الحمى هنا فانها تمتاز عادة بعدم اصطحابها بالهذيانات
والاعراض المخية الاخرى ولا الاعراض التيفودية كالسبات والبهاتة وجفاف
اللسان وتغطية الشفتين والأسنان بقشور مسودة الخ بل ترى بالعكس
درجة النشاط العقلي تقريبا طبيعية ولا يشتكي المريض بالعطش
ويصحب الحمى عرق غزير يحصل عادة في مدة النوم ويقتصر على الجزء العلوي من الجذع
خصوصا الراس والصدر وتبتل ملابسه ويتجدد العرق اذا نام المريض نهارا
ويوجب انحطاطا في قواه
ويسرع النبض مدة الحمى في المساء وقد تزيد سرعته بالنسبة لارتفاع درجة الحرارة
ولكنه يستمر ضعيفا رخوا واقل حركة يفعلها المريض توجب زيادة سرعته
ثم ان اجتماع الحمى والعرق والنبض بالأوصاف المذكورة يعبر عنه بحمى الدق
وتشتد كلما تقدم السل الرئوي واكتسب المريض هيئة المسلولين التي تتصف ببهاتة
الوجه ونحافة الصدغين والخدين واحمرار الوجنتين متى صادف المريض أقل تعب
أو انفعال نفساني وتوقد الوجنتين في المساء مدة شدة الحمى وقد يقتصر احمرار
الخد على الجهة المسامتة للسل الرئوي فقط ويصحب ذلك وجود نقط مصفرة
لامعة في الخد والجبهة كالحسنات يعبر عنها بكلوسما السل ويضاف الى ذلك
لمعان العينين مع اكتساب الملتحمة بهاتة مزرقة مخصوصة ونمو شعر الهدب
والحاجب وطوله ودقة شعر اللحية والصدر وقصر لحائه وهبوط تجعد ودقة
الأصبع مع زيادة في نمو السلامية الظفرية وضخامة نفس الظفر وانحنائه على
هيئة كلاب وهذا يعبر عنه بالأصبع الابوقراطي ويمكن مشاهدته ايضا في
أحوال

(عسر التنفس والسعال والبصاق) لا يشتكي المريض بعسر التنفس في ابتداء السل لأن الضافة وضعف الجسم وقلة الحركة يقلل الاحتياج للأوكسيجين فيتهيأ للمريض ان تنفسه كاف وفي الواقع يستشعر ان تنفسه مستريح ولكن لا يمكنه فعل حركة شهيق قوية واذا تحرك يسرع تنفسه وكلما تقدم السل كلما ظهرت علامات عسر التنفس حتى تنتهي بالتنفس الجلوسي مع احتقان الوجه واليدين احتقانا كابيا ويتغطى الجسم بالعرق البارد
وفي النادر يشتكي المريض بتألم في جدر الصدر واذا حصل يكون في العادة سطحياً في العضلات لأن الالتهاب الرئوي والبليوراوي مجلسه هنا عادة قمة الرئة وحركات الاضلاع في حذائه قليلة الامتداد محدودة
وأما السعال فانه من العلامات الابتدائية للدرن الرئوي ويكون في مبدئه نادرا خفيفا لا يحصل الا في الصباح أو بعد فعل مجهود ويزول بالكلية مدة بعض أيام ثم يعود ويتزايد ويكون نجافا أو يعقبه بصاق رغوى مائع أو لزج قليلا لا يشاهد فيه بالميكروسكوب الامادة مخاطية محتوية على بعض خلايا كبيرة حبيبية ثم مع تقدم المرض يصير البصاق مخاطيا قيحيا أو قيحيا صرفا أو يكون مخططا بالدم أو مختلطا به محمرا ولكن البصاق الأكثر حصولا في السل الرئوي يكون مخاطيا أو مخاطيا قيحيا يخرج على هيئة كتل صغيرة مبططة مستديرة منفصلة عن بعضها شبيهة بقطع المعاملة اذا وضعت في الماء ترسب في قاعه ما لم يمنعها من ذلك التصاق بعض المواد المخاطية اللزجة بها وبالتأمل لها يوجد سطحها اسفنجيا عهنيا أو شبيها بالصوف وهذا البصاق يأتي من كهف خلوى أو قصيصى ويخرج مجردا من الهواء ويعتبر واصفا للسل الرئوي ولكن يمكن مشاهدته في الالتهاب الشعبي المزمن أيضا وبالبحث الميكروسكوبي توجد فيه خلايا مخاطية وقيحية وكرات دموية وألياف مرنة وباسيل الدرن فيتعين التشخيص وقد يخرج مع البصاق جزيئات من الحبيبات الدرنية في حجم

حبة الدخن أو البسلة ولا يمكن تعيين منشئها بالدقة ان كانت واردة من الرئة نفسها أو من العقد اللنفاوية المصابة بالدرن متى اتصلت بالشعب بعد تقرحها

(النفث الدموى) النفث الدموى يمكن مشاهدته فى جميع أطوار الدرن ويندر عدم حصوله ويتلون البصاق منه أو يختلط باللون الأحمر ويكثر حصوله قبل ظهور أعراض الدرن أو بعد تقدم السل وكهوفه

ولكثرة حصول النفث الدموى قبل ظهور أعراض الدرن زعم بعضهم انه هو السبب فى الدرن (نيماير ومورتون) ولكن المشاهدات الدقيقة والبحث الميكروسكوبى عن البصاق ووجود الباسيل فيه وفى البصاق المدمم الدرنى الذى يسبق ظهور أعراض الدرن يثبت ان الدرن هو السبب فى النفث الدموى وان النفث الدموى لا يحرك الدرن عند الشخص السليم ومتى حصل النفث الدموى يظهر فى العادة فجأة ويحس الشخص بحرارة فى الصدر والحلق ويتنخم ويستشعر بطعم مالح ويبصق دما أحمر رغويا يفزع منه المريض وبعد ربع أو نصف ساعة ينقطع الدم بالكلية أو يعود فى اليوم الثانى أو الثالث وفى الانتهاء يخرج الدم مسمرا لأجل ركوده فى الشعب وقد يسبق النفث الدموى ظهور السل ببعض أشهر أو سنوات يكون فيها الشخص متمتعا بظواهر الصحة التامة ولا أثر للعلامات الطبيعية عنده ويفسر حصول النزيف الرئوى بتهيج النسيج الرئوى واحتقانه عقب ظهور الحبيبات الدرنية فيه وقد يمتد هذا التهيج بالفعل المنعكس الى الأنف بحيل الرعاف حينئذ قبل النفث الدموى أو معه ثم متى انسدت الأوعية الشعرية بالدرن تتمدد الأوعية الأكبر منها وتسبب النفث الدموى فيما بعد وفى بعض الأحيان يكون النزيف الرئوى غزيرا ويتسبب عنه هلاك الشخص وبفتح الجثة توجد الحبيبات الدرنية فى الرئة ولم يظهر لها أعراض واضحة مدة الحياة وعلى العموم يكون النفث الدموى أكثر خطرا اذا اصطحب بأعراض حمية

وأما حصول النزيف فى السل بعد ظهور الكهوف فانه يتسبب اما من تمزق فروع الشريان الرئوى التى تقاوم التآكل مدة وتستمر عرضية الجثة فى

وسط الكهف واما من انفجار الانوريزما الشريانية التي تتكون غالبا في جدار الكهف ويتصف النزيف هنا بغزارته وشدة خطره فانه قد يؤدي للموت الفجائي

هذا ما لزم شرحه في خصوص اعراض السل الرئوي وضف اليها اعراض المضاعفات الشتى التي تعقب اصابة الانسجة وغيرها من الاعضاء المختلفة في الجسم بحسب مقاومة المريض ومدة معيشته وباجتماعها تتكون اعراض السل الرئوي على العموم

(العلامات الطبيعية) تختلف العلامات الطبيعية على حسب درجة التدرن والمضاعفات الرئوية والشعبية والبليوراوية المضاعفة له ولذلك يقتضي شرحها في الأدوار الثلاثة المعهودة للتدرن وهي الدور الابتدائي ودور تكاثف الرئة ودور الكهوف

(الدور الابتدائي) قد تكون العلامات قليلة الوضوح جدا في هذا الدور ويحتاج الطبيب الى تكرار اعادة الفحص مدة أيام متوالية حتى يمكنه الحكم على اصابة الرئة ومن ضمن العلامات الاولية تفحص حركات قمة الصدر في احدى الجهتين مدة التنفس ولاجل التحقق منها يقف الطبيب خلف المريض ويضع يديه تحت الترقوتين ماسا لهما بخفة فيشعر باختلاف الحركة في الحفرة تحت الترقوتين فاما ان تتأخر احداهما في رفع اليد عن الاخرى او تكون احداهما ثابتة والثانية متحركة وحدها

ثم بالقرع النسبي بالدقة يمكن وجود اختلاف في الرنانية من الأمام أو الخلف ويبتدأ بالقرع العظمي الترقوي ثم يعمل القرع في الحفرة تحت الترقوة وفوقها وتنوع قوة القرع في كل نقطة ثم يقرع القسم فوق شوكة اللوح بقوة مناسبة لسماكة الأجزاء الرخوة فيه وضعف الرنانية في احدى الجهات المذكورة يدل بشبهة للاصابة

وبالتسمع تحت الترقوة وفوقها وفي الحفرة فوق الشوكة يمكن الاستشعار باختلاف في الخرير الحويصلي في حذاء قمة الصدر فان كان متنوعا أو مفقودا في احدى الجهتين كان شبهة كبيرة في اصابة الرئة في حذائه أو يوجد الشهيق قويا والزفير مستطيلا عنه ومتقطعا أو توجد فترة بين الشهيق والزفير وتقطع التنفس ناشئ من بروز الحبيبات الدرنية داخل الشعب الشعرية ثم تظهر الفرقعات الدقيقة الجافة والحث فرقعات الرخوة أو بعض خراخر صفيرية رقيقة وفي بعض الاحيان لا يتيسر سماعها الا بعد السعال بقوة

ووجودها اذا كان منحصرا على قمة الرئة مهم فى التشخيص لأن الالتهاب الشعبى البسيط لايكون منحصرا فى هذه النقطة الا فى احوال استثنائية

الدور الثانى دور تكاثف الرئة فى هذا الدور تزداد الاصمية وتتضح وتصير الخراخر رخوة مخاطية ويسمع النفخ الشعبى والصوت الشعبى وتكاثف الرئة يوجب الاحساس بوصول ضربات القلب تحت الاذن ولذلك تكون اقوى اذا كانت الحافة المقدمة للرئة مصابة ايضا وفى هذا الدور ربما يمتد الدرن فى نقط اخرى فتتكاثر العلامات فيحس مثلا بالنفخ الشعبى والصوت الشعبى فى القمة اليمنى مع الخراخر المخاطية ويحس بالفرقعات الجافة فى القمة اليسرى ويستشعر ببعض احتكاك بليوراوى جاف فى نقطة اخرى وقد يشاهد فى هذا الدور هبوط الحفرة فوق الترقوة وعمقها او انخسافها قليلا ويتسبب ذلك الى نهوكة العضلات وابتداء انكماش الرئة وبقياس الحرارة توجد مرتفعة فى حذاء التدرن ببعض عشور عن النقطة المقابلة (بيتر)

الدور الثالث دور الكهوف وتقرح الدرن تزداد فيه الأصمية بسبب تكاثف النسيج الرئوى وتكون الأغشية الكاذبة السميكة عقب الالتهاب البليوراوى الذى يلحم جدر الصدر بالكهف ولكن قد يسمع بالقرع صوت الاناء المشعور الذى يشترط لحصوله اتساع تجويف الكهف واتصاله بالشعب بحيث يمكن خروج بعض الهواء منه وقت القرع (راجع العموميات) ومتى اجتمعت هذه الشروط فى الكهف ربما حصلت علامة خاصة هنا وهى سماع ضربات القلب على بعد بعض اقدام شبيهة بضربات رقاص الساعة وهذه الظاهرة تفسر بكون ضربات القلب تضغط على جدر الكهف فيخرج بعض الهواء من الفم والانف ويوصلها الى الخارج ولذلك يمكن ايقاف هذه الظاهرة سد الابغلاق الفم والأنف

وفى ابتداء ظهور الكهف ربما لا يسمع الا القراقر المخاطية ولكن متى تكون الكهف تصطحب تلك القراقر بالنفخ الكهفى والتكلم الصدرى واذا كان الكهف متسعا جدا يمكن سماع النفخ الزلعى والصوت الزلعى والرنانة المعدنية التى تسمع فى الانسكاب الغازى البليوراوى هذا وقد يكون الكهف المتسع للقمة أصميا لا تسمع فيه الغاط تنفسية ولا صوتية وقد تقتصر هذه العلامة على قمة الكهف وحدها (ويلش)

واذا

واذا انتهى الكهف بالحالة الليفية والتحم تكون الأهمية تامة ولهذا يمكن اعتبار تمام الأهمية علامة حميدة لأنها تدل على تكاثف كبير ربما كان متعلقا بالاستحالة الليفية ويحصل تشوه في الصدر وتحول في الاحشاء يختلف بحسب مجلس الكهف فاذا كان في القمة اليمنى توجد الترقوة والكتف منخسفين والقلب يتحول الى اعلاه يمينا بحيث يمكن سماع ضرباته بقرب حافة القص اليمنى ويوجد القلب منجذبا الى الأعلا بقوة واذا كان الكهف في القمة اليسرى يهبط الكتف الأيسر ويتحول القلب الى اعلا يسارا بحيث يمكن سماع ضرباته في المسافة الثالثة أو الثانية بين الاضلاع وتنجذب المعدة الى اعلا وقد يصل الى الضلع السادس أو الخامس منه

السير والمدة والانتهاء مدة السل الرئوي تختلف من بعض اشهر الى عدة سنين وقد يحصل الموت في الشهر الأول في الارتشاح الدرني أو الالتهاب الرئوي الجبني (تراويا) وتتميز هذه الاحوال النادرة الحصول بابتدائها الفجائي كالالتهاب الرئوي الليفي للقمة ولكن لا تشاهد القشعريرة الوحيدة ولا يظهر النفخ الشعبي ولا الصوت الشعبي في الالتهاب الجبني الابعد مضي نحو الاسبوعين بالأقل وفي احوال اخرى يبتدئ السل بالحالة الحادة المذكورة ثم تهدأ الأعراض ويتحول المرض الى الحالة المزمنة المعتادة

ويختلف سير السل الرئوي ومدته اختلافا كثيرا على حسب المرضى فيرى بعض المصابين به يعيش عدة سنين قبل ان يصل الى درجة النهوكة وتمر عليه اوقات تحسين واضح تخف فيها الاعراض والسعال وتتلطف الحمى وتعود الشهية ويخف النحول بحيث يتوهم المريض انه قد شفي ثم تثور الاعراض من جديد ويتقدم المرض والبعض الآخر يصل الى درجة السل والنهوكة المتقدمة في مسافة بضع اشهر أو سنة واحدة ويتعلق هذا الاختلاف في السير باسباب عديدة اهمها الاستعداد الشخصي والاعتناء أو عدمه في مراعاة الشروط الصحية والمعالجة اللائقة أو الأهمال فيها ولذلك يرى أنه اذا كان المريض غنيا ومعتنيا بنفسه يتنوع مرضه ويتأخر ظهور عواقبه الخطرة وتطول حياته مدة سنين وقد ينتهي بالشفا التام وأما الفقير المهمل فحالته فان مرضه يتقدم بسرعة ويصير خطرا أو مميتا في اقرب وقت

وقد شوهد اشخاص مصابون بالكهوف ومع ذلك لم يتقدم السل والنهوكة عندهم
وربما عاشوا بهذه الحالة مدة سنين وهذا ما يجب اعتباره في الانذار ومع كل ذلك فانتهاء
السل المعتاد هو الهلاك والشفاء منه نادر

واسباب الموت في السل الرئوي تختلف فاما ان يحصل من تقدم النهوكة والاسهال والكاشكسيا
وحمى الدق أو يحصل من حدوث عارض مميت كالتزيف الغزير والاسفكسيا وانسداد الشريان
الرئوي وفي هذه الاحوال يكون الموت فجائيا أو يحصل من المضاعفات الخطرة كالالتهاب
البليوراوي الصديدي أو الانسكاب الهوائي في البليورا أو من السل الحنجري الذي يعيق
التنفس والسل البلعومي الذي يعيق الازدراد أو الدرن المعوي المصحوب بالاسهال
أو الدرن البريتوني أو السحائي أو التاموري أو من اصابات الكلا المتشوية أو من
درن الدماغ الخ

وأما الناسور الشرجي عند المصابين بالسل فانه يصيب الرجال غالبا من ٥ ٣ الى ٤٥
ولا يستصوب اجراء العملية الجراحية لاجل شفائه فانه ربما يعقبه ثوران في سير السل وأما
معالجته عند المستعدين للسل الغير مصابين به فلا يعقبها زيادة في الاستعداد

واما الانفزيما الرئوية التي تصيب المصابين بالسل في ابتدائه فان بعضهم يعتبرها علامة
حميدة لأنها تؤخر سير السل (هردنس)

هذا وانتهاء السل بالشفاء ليس بنادر بالاستحالة الليفية الكلسية التي توجبا التام
الكهف كما سبق ذكره غير مرة ولم يتيسر فعل الاستاتستك هنا لأنه لم ينشأ هذه
بالاسبتاليات الا الأحوال المتقدمة وفي الاحوال الابتدائية التي تشاهد في الخارج
لا يمكن تتبعها لغاية شفائها التام ولا حصرها وضبطها بالدقة الا في بعض أحوال
استثنائية

(التشخيص) تشخيص السل الرئوي بعلاماته المرضية أو الطبيعية وحدها صعب في
الابتداء غالبا واذا كان في التشخيص شبهة فالاصوب تأخير الحكم وتكرير البحث عن المريض
وصعوبة التشخيص ليست قاصرة على الدور الابتدائي لأنها قد تستمر في الدور المتقدم
من السل فاذا كانت العلامات الطبيعية مثلا غير واضحة يلتبس الأمر بين الاصابة الرئوية
والاورام

والأورام الخبيثة الغائرة التى تصحبها نهوكة كاشيكسية مثلا أو يلتبس السل بكاشيكسيا الزهرى والايبوخوندارية المضاعفة لسوء الهضم أو الاستيريا إذا اصطحبت بالبصاق الدموى وسوء الهضم والنحافة والانيميا والنفث الدموى وحده موهم فيعتنى فى تعيين سببه وقد سبق الكلام عليه

وبالمطول لبواعث صعوبة التشخيص قسمها المعلم (سيه) الى ثلاثة انواع النوع الأول السل الكامن الذى لا يشاهد فيه الا بعض الأعراض بدرجة غير واضحة كالانيميا والنحافة وحمى الدق مع بصاق مخاطى او نفث دموى والنوع الثانى السل المستوع الذى تكتسب فيه الاعراض هيئة التهاب حاد فى المسالك الهوائية كالالتهاب الرئوى الفصيصى أو الالتهاب البليوراوى مثلا والنوع الثالث السل الكاذب الذى تكتسب فيه الآفات الغير الدرنية هيئة السل كالتمدد الشعبى والاورام الصمغية الزهرية والأكياس الديدانية والأورام الخبيثة للرئة فلاجل بت الحكم فى هذه الأحوال المبهمة يلزم اجراء البحث الميكروسكوبى عن الباسيل الدرنى

ومتى تعين تشخيص السل الرئوى يجب تعيين درجة امتداده فى الجهاز الرئوى وتكرار البحث يوميا لمعرفة اتساع الاصابة والباقى من الرئتين للتنفس فيبحث أولا عن قمة الرئة الثانية ثم عن الزاوية العليا الخلفية للفص السفلى ولاجراء ذلك يلزم تصالب زراعى المريض امامه ثم يسمع فى الظهر فى حذاء زاوية الكتف ولكن تشخيص التدرن التابعى فى هذه النقط لا يسهل بسبب ازدياد الخرير الحويصلى الناشئ من التنفس العوضى وبسبب عدم المقابلة النسبية التى يعلم بها فرق الرنانية ولذلك يشاهد كثيرا فى جثث المتوفين وجود الدرن فى نقط لم يصر تشخيصها مدة الحياة وانما يمكن ان يقال على وجه العموم انه متى كان الدرن متقدما فى جهة من الصدر فلابد وأن تكون الجهة الثانية مصابة ولا توجد مستثنيات لهذه القاعدة الا نادرا

وأما تعيين النقط السليمة من الرئتين فانه يتوصل اليه بالبحث عن قاعدة الصدر عادة فيسمع فى حذائها التنفس الطفلى والعوضى المعروف بزيادة الخرير الحويصلى وتشخيص السل الرئوى عند الاطفال صعب لان اعراضه تشبه الالتهاب الشعبى

الرئوى الحاد ولا يتيسر التشخيص الا بواسطة الميكروسكوب وقد يصاب الطفل الحديث الوضع ويهلك بسرعة بدون تشخيص مؤكد وأما عند الشيوخ فان السل نادر ويتميز ببطئ سيره وخفة اعراضه على العموم

(الانذار) مسئلة الانذار في السل صعبة فانه وان كان خطرا على العموم الا انه لا يمكن الحكم في الغالب على السير والانتهاء والظاهر انه يمكن تأسيس الانذار على دور الدرن ان كان ابتدائيا أو وصل الى دور اللين أو دور التقرح ويمكن اعتبار درجة التقرح والكهوف اخطر مما قبلها ولكنه ليس محل الصواب دائما لأنه ربما آل الأمر في هذا الدور الى العكس اى الى التحسين والشفاء فمثلا اذا تكون الكهف ببطئ وتغطى بغشاء املس مخاطى فانه وان كان كبير الحجم الا انه ربما يعيش المصاب به زمنا طويلا والمشاهدات اليومية تدل على ان الكهوف المتسعة بطيئة السير ولكن متى شوهدت علامات سريان الدرن في الرئة المصابة او الثانية فهذا يدل على زيادة الخطر لأن السل قد يكون بطيئ السير في رئة ولكنه متى اصاب الرئة الثانية تقدم بسرعة والمهم هنا اعتبار درجة الوراثة عند المريض وكيفية معيشته واعتبار الاعراض العامة لأن ارتفاع درجة الحرارة الزائد وسرعة النبض وضعفه تعتبر خطرة وتكون اشد خطرا اذا اصطحبت بفقد الشهية وسوء الهضم وزيادة العرق والاسهال ايضا من العلامات الخبيثة وأما النفث الدموى فلا يكون خطرا عادة الا في الدور الأخير من السل

وأما من جهة سن المريض فان السل سريع الخطر عند الاطفال واشد خطرا عند المرأة وعند الشبان بسبب اكتسابه الشكل الحمى في الغالب ويشتد الخطر عند المرأة بعد الوضع لانها تستريح مدة الحمل نوعا ولكن بعد الوضع خصوصا اذا كان النفث الدموى غزيرا وكانت مجبورة على ارضاع طفلها فان اعراض السل عندها تكتسب ثورانا دائما وتصل الى درجة الهلاك بسرعة والسل اقل خطرا عند الشيوخ لاستحالته غالبا الى الحالة الليفية ومع ذلك اذا كان الشيخ ضعيف البنية قليل المقاومة فان الخطر يكون عنده في نسبة ضعفه

وبالاختصار

وبالاختصار وجود الشهية وزيادة وزن الجسم وانصراف الحمى من العلامات الحميدة ويكون الاعتماد عليها فى الانذار أكثر من العلامات الطبيعية

(الاسباب) السبب الوحيد المتمم للسل الرئوى هو العدوى وأما بقية الاسباب فهى مهيئة فقط وأهمها الوراثة فالعدوى والوراثة سببان رئيسيان للسل الرئوى ويلحق بها الاستعداد الشخصى الطبيعى أو المكتسب وتأثير بعض المهيجات على الرئة والمؤثرات العامة كالبرد والرطوبة والسن والنوع والأقاليم وبعد شرح هذه الأسباب نتبعها بذكر بعض الشروط التى تضعف الاستعداد للعدوى أو توقفه أو تمنعه

(العدوى) متى جف البصاق وتبدد أوجب انتشار الباسيل الدرنى فى الهواء فى الاماكن المسكونة خصوصا فى المدن الكبيرة المزدحمة وكل شخص من اهاليها لابد وأن يكون عرضة لاستنشاق الباسيل مع الهواء أو ازدراده مع الاغذية والشرب ووجود الباسيل ايضا فى لحوم وألبان الحيوانات المعدة للتغذية مما يزيد العرضة للعدوى ومع ذلك فأن الذين يصابون بالسل الرئوى قليلون بالنسبة لاتساع وانتشار اسباب العدوى على وجه ما ذكر والسبب فى ذلك هو مقاومة البنية السليمة أو عدم قبولها لنمو الباسيل فالعدوى وحدها حينئذ لاتكفى لاصابة الشخص الغير مستعد لها بل تحتاج لاسباب اخرى مهيئة أو مهيجة أو مضعفة لمقاومة البنية حتى يتمكن الباسيل أو جراثيمه من اصابة النسيج الرئوى فينمو فيه ويتكاثر بعدها بسهولة

وأهم بواعث العدوى هو الأقامة مع المريض بالسل واستنشاق نفسه كما هو المشاهد بين الزوجين فاذا كانت المرأة مصابة عدت زوجها واذا كان الرجل مصابا عدى زوجته وقال بعضهم ان المنى ايضا قد يحدث العدوى اذا كانت الخصية مصابة بالتدرن

وأما مخالطة المصابين بالسل كما هو حاصل بالاسبتاليات مثلا ووجود الأطباء والتامورجية والممرضات فى قاعاتهم ليلا ونهارا فانه لاتتسبب عنه العدوى الا اذا كان هناك استعداد شخصى وقد اثبتت ذلك الاحصائيات الاستاتيكية فى

أو نادرا

وأما استنشاق الهواء المحصور في المجتمعات كالقشلاقات والسجون والمعامل والورش والمدارس ونحو ذلك فانه ربما اوجب العدوى لسببين الأول وجود الباسيل الدرني في المكان والثاني تأثير الهواء المحصور على صحة الاشخاص وضعف مقاومتهم للعدوى ولذلك اثبت الاحصائيات الاستاتيكية في أوربا تزايد السل الرئوي في القشلاقات والسجون الغير مستوفية للشروط الصحية لاسيما اذا كان اتساع اود النوم ليس في نسبة عدد الأشخاص

(الوراثة) وراثة السل الرئوي مثبوتة مؤكدة ولكن وراثة الداء نفسه اى عدوى الجنين أو ولادته مصابا بالسل أو بالجراثيم الدرنية كما يشاهد في الوراثة الزهرية فهذه ليست مثبوتة ولم يشاهد حصولها والعادة انه متى كان احد الابوين لاسيما الأم مصابة بالسل فان اولادها يكونون مستعدين لقبول العدوى والاصابة به ايضا

(الاستعداد الشخصي وهيئة الصدر) الاشخاص المستعدون للسل يتصفون بهيئة مخصوصة سواء كان الاستعداد وراثيا أو شخصيا فتكون امزجتهم عصبية أو خنازيرية وقد حصر المعلم (وليام جينر) أوصافهم بالدقة حيث قال

[illegible] المزاج العصبي فيتصف بزيادة نمو المجموع العصبي والنشاط العقلي والجسمي ونحافة [illegible] ورقة الجلد وكونه رائقا شفافا تتميز فيه الاوردة ويكون الوجه بيضاويا وتقاطيعه لطيفة يحمر عند الاستحياء بسهولة ويتصف أيضا بزرقة العينين واتساع الحدق وطول الاهداب ونعومة الشعر ورقة مفاصل الاطراف واستقامة عظامها وسهولة التسنين وسرعة تكلم الأطفال

وأما المزاج الخنازيري فيتصف ببطء نمو المجموع اللنفاوى وكسل الجسم والعقل وسماكة الجلد وكثافته وثخانة التقاطيع وثقل السحنة وسماكة الشفة العليا وجناح الانف وكبر البطن وسماكة مفاصل الاطراف وعرض عظامها الطويلة وثخانتها

وعند البعض يكون للصدر هيئة مخصوصة فيكون اما جناحيا أو مبططا ويتصف الجناحي

الجناحى بضيق اقطار المقدمة الخلفية والمستعرضة وزيادة قطره العامودى وبروز زاوية اللوحين على هيئة اجنحة ويسبب هذا الاستعداد من شدة انحراف الاضلاع الى الامام والاسفل ويصحب ذلك عادة نمو الجزع وطول العنق وميل الرأس الى الأمام قليلا وأما الصدر المبطط فيتصف بفقد تقوس الغضاريف الضلعية وتبطحها فقط أو انخساف القص خلفها ويصحب ذلك تباعد الكتفين وعرضهما بحيث لو نظر الى الشخص من الامام وهو متقيف بالملابس لظن أنه قوى الصدر وكل من الصدر الجناحى والمبطط اما ان يكون طبيعيا أو مكتسبا عقب الامراض أو الاهمال فى تربية الاطفال

وتشوه الصدر الراشيتى وداء الحدبة وتشوه الصدر عقب استعمال المنطقة الضيقة عند النساء ونحو ذلك يوجب ايضا ضعف مقاومة الرئة وكذا امراض الصدر والرئتين التى تضعف التكيجن كالاكياس الديدانية للرئة والانسكاب الصديدى للبليورا مثلا توجب ضعف مقاومة الشخص

والاسباب التى تضعف الجسم على العموم كالأغذية الرديئة والغير الكافية والاقامة فى الهواء المحصور أو الفاسد والافراط بانواعه وفى السكر والجماع وتكرار الحمل والوضع والارضاع والامراض الموجبة للجوع والحرمان كضيق المرئ وفقد الشهية الاستيرى مثلا وبعض الامراض العامة كالديابيطس والحصبة والحمى التيفودية والسعال الديكى والزهرى الى غير ذلك فأنها كلها اسباب تحدث الاستعداد للعدوى

(المؤثرات المهيجة للرئة) اهمها استنشاق الأتربة التى تؤثر على الغشاء المخاطى الشعب والنسيج الرئوى كأتربة الفحم والحجارة واتربة اللغم على العموم واتربة الصنائع كالسنان والنحات والغزال والحلاج والنساج وقبل استكشاف الباسيل كان المؤلفون يعتبرون السل الذى يعقب هذه الأعراض غير درنى ولكن بوجود الباسيل مصاحبا للآفات التشريحية والكهوف تعين التشخيص الحقيق

(البرد والرطوبة) يظهر السل غالبا عقب البرد والرطوبة ويتسلطن فى المحلات الرطبة ويزداد تأثير الرطوبة متى كانت بقية الشروط الصحية للبيوت مهملة ولذلك

تناقص عدد المرضى بالسل في المدن التي صار تخفيف رطوبتها بالبرابخ اللازمة وتحسنت شروط صحتها العامة كما ثبت ذلك بالاحصائيات الاستاتيكية في انجلترا وامريكا (پاركس)

(السن والنوع) السل الرئوي يصيب الذكور عادة أكثر من الاناث من سن ٢٥ الى ٤٥ ويمكن ظهوره في كل الاعمار من سن الطفولية الى سن الشيخوخة ولكن تختلف مدته مع السنين فيسير بسرعة عند الطفل والشاب ويبطئ عند الكهل وببطء زائد عند الشيوخ وسيره عند المرأة اسرع منه عند الرجل

(الأقاليم) يكثر السل في الأقاليم المعتدلة ويقل في الاقاليم الحارة جدا والباردة جدا كما أنه يكثر في الجهات المنخفضة ويقل في الجهات المرتفعة جدا

(الشروط المعتادة للاستعداد للعدوى) الملاريا تمنع المصاب بها من العدوى بالسل وكذا السرطان فأنه من النادر اجتماع المرضين عند الشخص وبعضهم أنكر ذلك وقال ان سبب عدم اجتماع المرضين عادة انما هو سرعة سيرهما وان الدرن يصيب الشبان بالأكثر والسرطان يصيب المتقدمين في السن

وأما النقرس فمن النادر اصطحابه بالسل مع ان كلا من النقرس والسل يصيب الذكور ما بين ٢٥ و ٤٥ سنة

وضيق الصمام المترالي لا يصحبه السل الرئوي الا في احوال استثنائية ولا يعلم السبب وان كان متعلقا باكتساب الدم اوصاف الدم الوريدي (روكيتانسكي) فهذا الرأي ليس بصائب لان السل الرئوي قد يصحبه ضيق صمام الشريان الرئوي وربما كان السبب متعلقا بزيادة الارتشاح المصلي في الغشاء المخاطي الرئوي كما قاله (تراوبا)

واخيرا فالانفزيما الرئوية تعيق ظهور السل واذا حصلت في ابتدائه توخر سيره (روكيتانسكي)

(المعالجة) معالجة السل اما واقية أو شفائية

أما المعالجة الواقية فالغاية منها تنويع الاستعداد الوراثي وتقوية المقاومة ومنع

ومنع اسباب العدوى بقدر الامكان فيلزم منع التأهل بين الاقارب اذا كان بعض الاعضاء مصابا بالسل ثم اذا كان احد الزوجين مريضا يلزم ان لا يمضيا الليل فى اودة واحدة ولا يسمح للمصاب بالسل ان يتأهل كما يمنع من التأهل المصاب بالزهرى حتى يتم شفاؤه ويلزم منع الام المريضة من ارضاع طفلها فيسلم لمرضعة قوية البنية مجردة من آثار الدرن ولا يسمح للطفل بالنوم مع والديه فى اودة واحدة ولا مع أى انسان مصاب بالسل ويلزم تربية الطفل فى الهواء المطلق او فى الأرياف أو فى الجهات المرتفعة بشرط ان تكون الجهة مجردة من الرطوبة جافة ويعتنى فى تغذية الطفل ولا يعطى اللبن ابدا الا بعد غليانه ويلزم تعويده على الرياضة والاستحمام بالماء البارد وعلى التغيرات الجوية بغاية الاحتراس وتراعى شروط النظافة ما أمكن وتهوية مسكنه واذا اصيب بالحصبة أو السعال الديكى يعتنى فى نقاهته بغاية الدقة وتعالج النوازل بوقتها ويلزم تجنب التعب الزائد من التعليم والدراسة وعدم التعرض لأى نوع من الأفراط فى الشبوبية ورفض الصنائع التى تؤثر على المسالك التنفسية ونحوها كصناعة اللحم وفبريقات الحليج والنسيج الخ

ويلزم المريض تجنب البصاق فى الأرض أو فى القماش أو المنديل وعدم تلوث الامتعة بالبصاق بل يستعمل مبصقة مخصوصة يعتنى فى نظافتها وغسلها بمضادات العفونة مرارا فى اليوم واذا توفى المسلول يلزم تطهير فراشه وملابسه بالبخور وحرق ما لا يمكن تطهيره وتبييض الحيطان بالجير وعدم السكنى فى أودته مدة

وأما المعالجة الشفائية فالغاية منها فى الدور الأول منع تقدم المرض وايقافه أو تحسينه وشفاؤه وفى الدور الثانى ايقاف المرض ومنع التكسات وفى الدور الثالث تأخير الوفاة بقدر الامكان ومعالجة الاعراض المتعبة

ففى الدور الأول تعالج الاعراض الغذائية الشحمية الرئوية فيستريح المريض فى الفراش ويراعى الحمية الخفيفة والاغذية اللبنية أو اللبن الصرف ويجتنب المشروبات النبيذية والمنبهة ويعطى فى كل اربع أو ست ساعات حبة من

الحبوب الآتية (كينا ٠،٠٥ ر ديجيتالا ٠،٠٣ ر وافيون ١،٠ ر سنتيجرام) ويدهن الصدر بصبغة اليود في حذاء الالتهاب أو بزيت منفط أو توضع حراقة

ومتى تلطفت الأعراض الحادة وانصرفت الحمى يرسل المريض الى اقليم جاف صحي أو الى شواطئ البحر المالح لتغيير الهواء مدة بضع اسابيع بشرط الاعتناء في مراعاة شروط التدبير الغذائي وينام ويستيقظ مبكرا ويترك الاشتغال والاسباب المنبهة أو المتعبة على العموم أو يرسل المريض الى الحمامات التي سنذكرها

واذا حصل النفث الدموي يداوم المريض على الاستراحة التامة في الفراش ويتبع المعالجة السابقة في النزيف الرئوي على العموم ويعالج السعال بالمسكنات كالأفيون والمورفين ممزوجة بشراب الطولو أو حمض البنزويك أو ببلاسم اخرى ويمكن ان يضاف اليها بعض النفثات

وتعالج الانيميا الابتدائية بالمركبات الحديدية ممزوجة بالقلويات أو بالجواهر المرة انما تعطى بمقدار خفيف لأجل عدم تنبه الدورة وعند بعض المرضى يترجح تعويض الحديد بالمركبات الزرنيخية وتعطى اما وحدها أو مصحوبة بالساليسيلات فيعقب استعمالها تنبه الشهية وامتلاء الخدين وتوردهما وتعطى زرنيخات الصوديوم بمقدار ١،٠ ر سنتي كل يوم في الماء المقطر أو يعطى حمض الزرنيخوز من ٠،٠٣ ر الى ١،٠ ر ميليجرام حبوبا تحتوي الحبة على ١ ر ميليجرام

ويمنع القيء الابتدائي اما بأخذ نقطة أو نقطتين لودانم قبل الطعام أو يؤخذ من محلول الكوكايين ملعقة تحتوي على نحو نصف سنتجرام واذا تعاصى القيء يمكن غسل المعدة أو الالتجاء الى التغذية الصناعية واعطاء المريض مقدارا كافيا من اللبن والامراق والنشويات أو العدس المحضرة وحدها أو المضاف اليها مقدار ٥٠ ر الى ٢٠٠ جم من مسحوق اللحم

وفي الدور الثاني من السل اذا كانت الاعراض الالتهابية موجودة يكرر استعمال الحراريق أو تستعوض بالمقصات أو بالترموكوتير مع المداومة على مراعاة الحمية الموافقة المغذية وتعطى الكينا مع الديجيتالا لتلطيف الحمى والمسكنات لتلطيف السعال

السعال والقيء وتعطى المساحيق المعدية لتحريض الشهية وضد الأمساك تعطى الملينات الخفيفة باحتراس

ولاجل تنويم الالتهاب تستعمل البلاسم والكريوزوت ويستعمل الجليسرين وزيت السمك كأدوية غذائية واذا احتيج الاشياء عيض الدسم والزيوت ويعالج الاسهال بالبزموت مع كربونات الصودا أو مسحوق دوفر

ويمكن في هذا الدور ايضا استعمال الادوية المضادة للتعفن كاليودوفورم والتيول والاوكاليتول وحمض الفنيك بروبيونيك وسلفوكاربونات الصودا والجاياكول وأقوى علاج هو تغيير الهواء انما يشترط ان يكون المريض خاليا من الحمى وللسل ومن الاستعداد للنفث الدموي ومن التنبه العصبي الشديد وان لا يتأثر من السياحة في البحر بدرجة خارقة للعادة فيرسل المريض اما في سياحة بحرية تدوم بضعة اشهر واحسنها جهة رأس الهشم والاوستراليا

أو يرسل المريض الى الجبال الشاهقة كدافوس التي ارتفاعها نحو ٥٢٠٠ قدم انما لا يمكن الاقامة فيها الا في الشتاء لأن الهواء فيه يكون جافا جدا وأما في الصيف ما بين ابريل واكتوبر فلا يمكن الاقامة بها بالنظر لرطوبة الجو عقب ذوبان الثلج فيمكن للمريض ان يتوجه بعدها الى سان موريتس او الى جوار بركة جينوا أو يتوجه الى الحمامات كبادن بادن وايمس واوبون وكوتريه وفيس بادن ويشترط هنا ايضا ان يكون المريض خاليا من الحمى والتنبه وغير مستعد للنفث الدموي وهناك جبال كثيرة في الاميريكا واسيا يمكن الالتجاء اليها ايضا كالأند في البيرو وسنتافيه في جرانادا الجديدة وكاليفورنيا وميكسيكو والكولورادو وجبال الهيمالايا في اسيا الخ

أو يتوجه المريض الى قرب خط الاستوا أو الى افريقا الجنوبية وان كانت الاقاليم الحارة لا توافق حالته ترجح الاقاليم اللطيفة الحرارة المعتدلة كماديرا وجزائر الكانارايا والجزائر ومصر وايطاليا وشواطئها كسان ريمو وكثير من المرضى يرتاح في الصعيد أو بلاد الحبشة

ومع ذلك فاذا كان السل متقدما فى هذا الدور وخيف على المريض من ارساله بعيدا جدا عن وطنه فالأحسن اختيار النقط الأقرب الجافة الصحية كحلوان بالنسبة لمصر كجهة العباسية والمطرية والصعيد بقرب اصوان أو قنا وفى الصيف يمكن اختيار جهة شواطئ البحر كالاسكندرية ورأس الوادى أو جهة جبال الدروز بالشام

وفى الدور الثالث يخشى بالأكثر من حمى الدق والأسهال وافراط السعال والبصاق الصديدى فتلطف الحمى ويقوى الجسم باستعمال الكينا مع حمض السالسيليك فيعطى مقدار جرام من مسحوق الكينا فى ثلاث برشامات تستعمل فى مسافة ثلاث ساعات ويتلطف العرق الليلى بتشطيف المريض قبل النوم بالماء الخلى أو تعمل له حقنة تحت الجلد من الاتروبين أو تعطى له البلادونا أو حمض الجاليك أو مسحوق الصوفان المحضر أو سلفات وأوكسيد الزنك أو الاستركنين ويوقف الاسهال بسالسيلات البزموت مع كربونات الصودا أو مسحوق دوفر أو تعطى له نترات البزموت فى جرعة مع الكلورودين والصمغ وأما السعال فيتلطف بالمسكنات الافيونية أو المورفين ولأجل تنقيص البصاق الصديدى تستعمل البلاسم والميرتول والكريوزوت وزيت السمك وفى هذا الدور يمكن استعمال الانبذة والبيرا والكونياك بمقدار قليل لتقوية الجسم وتعطى الفسفات الكلسية بانواعها ايضا

وضد الباسيل شرع الدكتور بيرجود (بليون) فى فعل الحقن المعوى بغاز الايدروجين المكبرت ولكنه لم يبق بالمقصود فترك الان ويوصى باستعمال الحقن تحت الجلد بالكريوزوت والجاياكول وربما ارتاح المريض منها موقتا أو تستعمل الأدوية رذا كالكريوزوت والتيول والكالبتول وكانتانى (بنابولى) اوصى بادخال الباكتيريوم تيرمو فى الرئة رزا املا فى أنه يستولى على الباسيل ويميته ولكن الباسيل ذو مقاومة كبيرة والتجارب فى المعامل تثبت صعوبة قتله فى المحلولات القاتلة للميكروبات المركزة وكذا حقنة التوبركولين القوطنت واشتهرت اخيرا لم تجد نفعا ولذا اختفت كما ظهرت بسرعة

ثانيا

﴿ ثانيا في الدرن الرئوي الدخني ﴾

الدرن الرئوي الدخني كان يسمى بالدرن الصاعق وتركت الآن هذه التسمية لأن
الموت الصاعق فيه نادر ومدته المعتادة من أسبوع الى ثلاثة وقد تمتد الى بعض أشهر
ويتميز الدرن الحادث عن السل الرئوي بظهوره الفجائي وانتشار الحبيبات الدرنية في
عموم الرئتين وسيره السريع وهلاك المريض غالبا بالاسفكسيا قبل ان يحصل اللين
في الدرن وفي بعض الاحيان يظهر بغتة في سير السل الرئوي ويضاعفه واحيانا ينتشر
في آن واحد في الرئتين وفي بقية اعضاء الجسم كلها تقريبا فيعم البريتون والسحايا
والتامور وغشاء المفاصل ويصيب الكبد والطحال والكليتين والمشيمة والغدد
اللنفاوية الشعبية والمساريقية الخ وفي هذه الحالة يقال له التدرن الحاد
العام

(التشريح المرضي) الحبيبات الدرنية السنجابية النصف شفافة لبيل هي اساس
الصفات التشريحية وتوجد منتشرة في الرئتين احيانا بمقدار وافر كأن النسيج
الرئوي اصيب بالرش وتوجد بعض الحبيبات بارزة على سطح الغشاء المخاطي للشعب
وبعضها تحت البليورا وبشق الرئة يوجد سطح الشق محببا بالحبيبات الدرنية السنجابية
تقريبا على حالتها الابتدائية النصف شفافة أو يوجد بعضها فقط مصابا باللين
المركزي أو بالاستحالة الليفية والالتهاب الشعبي الرئوي الذي يصحبها قليل الشدة
لأن انتشار الدرن بهذه الدرجة يوجب هلاك المريض بسرعة بالاسفكسيا قبل لين
الدرن وقد تكون الحبيبات الدرنية أقل عددا وتكون حينئذ مجتمعة بالأكثر في قمة
الرئتين ومصحوبة بالتهاب شعبي رئوي مختلف الشدة والحدة وربما حصل فيه بعض
ارتشاح درني وكهوف ميكروسكوبية عقب لين بعض الحبيبات الدرنية وتوجد نفس
الحبيبات بعضها في حالة جبنية وهو القليل واغلبها يصير ليفيا أو غضروفيا صلبا
ويصحبها انتفاخ في العقد اللنفاوية الشعبية وقد يصل هذا الانتفاخ في بعض الأحيان
الى درجة كبيرة بحيث يضغط على الشعب ويحدث الاختناق

وفي بعض الاحيان توجد الرئة مصابة بحبيبات درنية سنجابية نصف شفافة وحبيبا

درنية اقدم منها ليفية وهذا يدل على ظهور التدرن بهيئة ثورانية على مرار وقد تكون الرئة مصابة من قديم بآفات السل وتظهر الحبيبات الدرنية مضاعفة له وفي هذه الحالة تكون الحبيبات في الجهة المصابة من قبل أكثر من الجهة المقابلة وهذه الحالة أدت بعض المؤلفين (بوليد) الى تأسيس التدرن الثانوي فقال ان التدرن الدخني الحاد لا يكون اصليا ابدا ولابد وان يسبقه السل الرئوي أو تدرن عضو آخر كالدماغ والنخاع الشوكي والعقد اللمفاوية مثلا يمكن اعتبارها ينبوعا للباسيل الدرني وجراثيمه التي تنتشر بغتة في الرئتين وما خلاها ولكن لاصحة لذلك في جميع الاحوال فان وجود الدرن الدخني الحاد الاصلي مثبوت بمشاهدات عديدة

ثم ان الحبيبات الدرنية هنا تبتدئ في الظهور فوجد بالأوعية الدموية واللمفاوية وداخلها بخلاف الحبيبات الدرنية في السل فانها تبتدئ حول الشعب الشعرية عادة كما سبق ذكره وقد تنتشر الحبيبات الدرنية ليس في الأوعية الشعرية للسحايا والتامور الباطن للقلب والوريد الاجوف والقناة الصدرية وفي الدم والسدد الدموية وكذلك يقال ان التدرن الحاد العام يحصل من وصول الباسيل الى الدورة الدموية واللمفاوية

(الأعراض) اعراض الدرن الدخني الحاد تختلف جدا باختلاف مقدار الحبيبات الدرنية ومجلسها وانتشارها فقد يكتسب المرض هيئة الالتهاب الشعبي الشعري أو هيئة الالتهاب الشعبي الرئوي وأوصافه مع حركة حمى خفيفة واضطراب معدى وعسر تنفس مصحوب بسعال وبصاق رغوي أودموي وخراخر فرقعية أو مخاطية وقد تتضاعف هذه الاعراض بالالتهاب البليوراوي وتصل الاسفكسيا الى درجة الاحتناق بسرعة ويهلك المريض في مسافة بعض ايام (من اسبوع الى ثلاثة)

وفي بعض الاحيان يكتسب المرض هيئة الربو الحاد فلا يصحبه سعال ولا بصاق ولا علامات طبيعية وتكون الحمى فيه خفيفة ويكون التألم قليلا ويهلك المريض بالاختناق في مسافة بعض ايام (من ٥ الى ١٥ يوما)

وفي بعض الاحيان يكتسب المرض شكلا تيفوديا مع صداع وسبات وبله ورعاف واضطراب معدي واسهال في الغالب ويشتد عسر التنفس بسرعة وينتهي بالأسفكسيا

وهناك اشكال مختلفة اخرى تتنوع بتنوع اصابات الاعضاء المهمة مع الرئتين كالشكل الدماغى والروماتزمى والكلوى التى تسمى كذلك بالنظر الى تسلطن الاعراض الخية او المفصلية او الكلوية الخ

ولأهمية الاعراض الرئوية والحمى نشرحها بالتفصيل ثم نذكر العلامات الطبيعية التى اهميتها هنا ثانوية فنقول

أما السعال فيكون عادة قصيرا جافا و اذا حصل البصاق فيكون عادة مخاطيا رغويا ويكون فى النادر مخاطيا صديديا او مدمما ولونه كلون الصدأ او العرقسوس او يكون نفثا دمويا صرفا وينسب ذلك الى الاحتقان الرئوى الشديد حول الدرن والاهم من السعال والبصاق هو عسر التنفس فيكون التنفس فى الابتداء متواترا وقد يصل الى ٥٠ او ٦٠ فى الدقيقة عند الكهل والى ٨٠ او ٩٠ عند الطفل ثم يصير متعسرا جلوسيا ويحتقن الوجه والشفتان والاظافر احتقانا سيانوزيا وبعضهم يعتبر هذا السيانوز علامة واصفة اذا لم توجد عند الشخص انفيزيما رئوية او آفة قلبية توضحها واحيانا يصحب السيانوز زلال فى البول واوزيما الوجه والاطراف وقد يزول الجليكوز من البول السكرى اذا كان المريض مصابا بالديابيطس من قبل (سنيانورد)

وأما الحمى فانها تختلف فى الحدة فأحيانا تكون خفيفة ولا تزيد عن ٣٨ او ٣٩ واحيانا تصل الى ٤٠ وتكون مستمرة عادة بدون خفة فى الصباح او يحصل فيها فرق بالخلاف اى تخف قليلا فى المساء وتزداد فى الصباح وتكون خفيفة فى ابتداء المرض عادة ولا تكتسب شدتها الا بعد مضى بعض ايام وقد تسبقها اعراض حمية معتادة كالصداع والتكسر والعطش وفقد الشهية والعرق وقد يصحبها ظهور الهربس حول الفم

وأما النبض فيكون سريعا جدا وسرعته فى الغالب تفوق نسبته مع التنفس ويصحب الحمى غالبا تمدد الطحال وزيادة احساسه

وأما العلامات الطبيعية فهى قليلة الوضوح عادة فلا تتراكم الحبيبات الدرنية فى نقطة واسعة بمقدار كاف حتى انها توجب الأصمية وأحيانا يشاهد ضعف الرنانية

تحت الترقوة أو فى نقطة أخرى وتعود الوغابة الى أصلها فى اليوم الثانى وتضعف فى نقطة جديدة وتنقل الأهمية بهذه الصفة مهم خصوصا عند الأطفال وقد تزداد الوغابة فى بعض النقط بدرجة الانفيزيما كما يشاهد ذلك أحيانا فى السل الرئوى كما ذكرنا وينسب ذلك الى ظهور الانفيزيما فى الرئة أو الى التنفس العوضى

وبالتسمع لا يوجد شئ غالبا وفى بعض الأحيان يوجد فى القمة تنوع أو زيادة فى النخير الحويصلى أو توجد خراخر تحت فرقعية أو مخاطية أو صفيرية مع استطالة فى الصفير وتقطع التنفس فيه بسبب اصابة الانابيب الشعبية الدقيقة وفى بعض الأحيان توجد علامات ابتداء الارتشاح الدرنى والخراخر المخاطية

(التشخيص) قد يستدل على التشخيص من الأمراض الدرنية الموجودة مع المريض من قبل كالالتهاب البريتونى أو السحائى الدرنى أو الالتهاب الدرنى المفصلى أو الأذنى أو الضلعى أو الشرجى أو غير ذلك وفى بعض الأحيان يكون المريض مصابا بالسل من قبل أو يكون عنده الاستعداد الوراثى للسل

ويلتبس الدرن الرئوى الحاد التيفودى بالحمى التيفودية لأن المرضين يحصلان فى سن الشبوبية وتشاهد فيهما اعراض متشابهة ولكن هيئة التسمم هنا أقل درجة والحرارة أقل انتظاما وتكون فى العادة بدرجة واحدة فى الصباح والمسا أو ترداد صباحا وسرعة النبض زائدة عن نسبته مع التنفس ويحصل السيانوز بسرعة وكل ذلك مغاير لأعراض الحمى التيفودية ولأجل المساعدة على التشخيص يمكن البحث عن الشبكية بالمنظار العينى واستكشاف الحبيبات الدرنية فيها ويفحص خط الطحال بابرة استقصاء دقيقة ويبحث فى الدم عن الباسيل الدرنى لبيت الحكم

وأما الفرق بين الالتهاب الشعبى الشعرى والشعبى الرئوى البسيط والدرنى فانه صعب جدا لاسيا عند الاطفال ويحتاج الى الاستعانة بسوابق المريض والبحث بالمنظار العينى عن الشبكية وبالميكروسكوب عن البصاق للوصول الى النتيجة

(الانذار) الدرن الدخنى الحاد مميت فى العادة وقد يحدث الموت فى مسافة بعض ايام وفى النادر ينتهى بالارتشاح الدرنى ويتحول الى الحالة المزمنة وفى بعض الأحوال الاستثنائية

الاستثنائية تكون الحبيبات الدرنية قليلة العدد وتنتهى بالحالة الليفية أو التضروفية ويبرأ المريض ولكنه لا يزال يخشى عليه من النكسات

(الأسباب) الدرن الدخنى الحاد للرئة أما ان يكون اصليا اى يبتدئ عند الشخص المتمتع بظواهر الصحة التامة أو يكون تابعيا للتدرن سواء كان مجلس الرئة أو عضوا آخر وهو يصيب فى الأكثر الشبان وقد يكتسب فى الفتلاوقات هيئة شبه وبائية ويصيب الذكور أكثر من الأناث وليس نادرا عند الاطفال وتكثر اصابتهم بالخصوص بعد الحمى التيفودية والحصبة والقرمزية والجدرى

(المعالجة) غاية ما يمكن اجراؤه هنا هو الاعتناء فى تقوية المريض كى يحتمل المرض ومعالجة الاعراض بما يوافق ويمكن اعطاء التنين بمقدار جرام واحد ويودور الصوديوم من ٥ الى ١٠ جم أو أكثر فى اليوم أو يعطى من محلول السليمانى أو اليودوفورم ضد الباسيل فانه ربما يوقف تكاثره

﴿المبحث الثانى عشر فى الآفات الزهرية للرئة والسل الزهرى﴾

فيما سبق ذكرنا الآفات الرئوية للحجرة والعصبة الهوائية والشعب الكبيرة وقلنا انها كثيرة الحصول وانها قد تصل الى درجة متقدمة جدا حتى انها توجب الخطر والاسفكسيا ولكنها تتحسن بسرعة وتزول بالمعالجة اللائقة وكذلك الآفات الزهرية للرئة قد تصل الى درجة الخطر والسل المتقدم ثم ينجو المريض منها نجاة كأنها معجزة متى تداوى جيدا

(التشريح المرضى) الزهرى الرئوى اما ان يكون محدودا على هيئة أورام صمغية أو يكون غير محدود بل منتشرا على هيئة ارتشاح او اسكلوروز وعادة توجد هذه الآفات مجتمعة فى الشخص الواحد

أما الاورام الصمغية فانها اما ان تكون صغيرة جدا كحبة الدخن او تصل الى حجم العدسة أو البندقة أو البيضة وتكون متعددة عادة ووحيدة فى النادر ومجلسها اما فى النسيج الرئوى او تحت البليورا وتكون فى الابتداء صلبة حاملة لمحفظة ليفية ثم تلين وتستحيل الى الحالة الجبنية ويخرج متحصلها بالسعال مع البصاق

ويعقبها تجويف أو كهف

وأما الزهري المرتشح فانه يهيج الرئة وينشأ عنه التهاب شعبي رئوي يكون حاداً في النادر وتحت حاد أو مزمناً في الغالب ويبتدئ الارتشاح الزهري عادة حول الانابيب الشعبية على هيئة طبقة جبنية تعم الخلايا الرئوية وتمتزج مع عناصر الالتهاب وتملأ الخلايا الرئوية والشعب الشعرية وتتكاثف النسيج الخلوي بين الفصيصات على هيئة طبقة ليفية تحيط بالفصيصات المصابة ثم تلين الارتشاحات وتتقرح الرئة على هيئة التقرحات الشعابنية التي تصيب سقف الحلق واللهاة والحنجرة

وأما الاسكليروز الزهري فانه يشبه الالتهاب الشعبي الرئوي المزمن أو السيروز الرئوي ويبتدئ الالتهاب بالنسيج الخلوي المحيط بالانابيب الشعبية المتوسطة أو بقرب القرحة الرئوية ثم يمتد الى الشعب الدقيقة ويصل الى الخلايا الرئوية وينتهي في النسيج الخلوي بين الفصيصات الرئوية ويتسبب عنه تكاثف وضخامة في النسيج الخلوي الذي يستحيل الى الحالة الليفية ويضغط على الشعب في بعض النقط ويجذب جدرها ويشوهها أو يمددها في نقط أخرى ومتى أصاب النسيج الخلوي بين الفصيصات الرئوية أوجب ضغط الخلايا الرئوية وتكاثفها واضمحلالها بالاستحالة الشحمية فتكتسب الرئة في النقط المصابة لوناً حجابياً وقواماً صلباً وتئز عند شقها بالمشرط ويوجد فيها الشعب ممتدة ومتشوهة والبليورا بجوارها ملتهبة وسميكة داخلها انسكابات أو جافة وقد يصل الالتهاب الى الاضلاع المجاورة فتصاب بالتهاب سمحاقي وربما رسل الاسكليروز في بعض النقط الصلابة لنسيج الاوتار ولونها الابيض الصدفي

وبالبحث الميكروسكوبي عن الالتهاب الرئوي الفصيصي الزهري الحاد والمزمن توجد العناصر الالتهابية التي سبق شرحها في الالتهاب البسيط مصحوبة بخلايا كبيرة وحبيبات معنودة ناشئة من الارتشاح الزهري

(الأعراض) يبتدئ الزهري الرئوي عادة بدون حمى ولا تصحبه خافة الجسم ولا تتسبب عنه حمى الدق ويكون سيره بطيئاً ولكن في بعض الاحيان تكتسب الاعراض أوصاف السل الرئوي الحاد فيبتدئ بحركة حمية شديدة وسعال مستمر وعسر شديد في التنفس

في التنفس وبصاق مخاطي قيحي ونخافة سريعة وعرق غزير وتوجد الأصمية والخراخر والنفخ الشعبي كما نجدها في الالتهاب الشعبي الرئوي الدرني الحاد أو التحت الحاد ويعقب ذلك ظهور الكهف الرئوي والبصاق المستدير كدراهم العملة وأوصاف السل الرئوي الذي يتقدم الى آخر درجة في مسافة بضع أسابيع بحيث يعسر التشخيص جدا ولا يمكن الحكم عن سبب السل حينئذ ان كان هو الزهري أو الدرن وانما يوجد عسر التنفس أشد في الزهري الرئوي ومجلسه عادة في الجزء المتوسط من الرئة اليمنى في حذاء الضلع الثالث أو الرابع وحيث ان ذلك ليس له ثبات فلا يصح الاعتماد عليه في التشخيص فيلزم البحث في الجسم عن الآفات الزهرية العظمية في القصبة والجبهة والترقوة وأثر الالتحام الزهرية وعدم وجود الباسيل الدرني في البصاق يمكن الاستدلال به على التشخيص ومتى حصلت الشبهة يلزم الشروع في المعالجة النوعية الا ان الشكل الحاد الزهري الرئوي نادر الحصول كما ذكرنا وفي العادة يكون المرض بطيئا

ويتصف الزهري الرئوي البطيء بأنه يبتدى بطريقة غير محسوسة بدون حمى أو تصحبه أعراض شعبية رئوية خفيفة وسعال متكرر وبصاق نزلي بدون نخافة ولا اضطراب في الشهية

وبالتسمع توجد بعض خراخر مخاطية ثابتة في نقطة من الصدر ومتى تقدم المرض تزيد الخراخر ويصحبها عسر تنفس شديد يزداد في الليل وقد يصحبه نفث دموي وتألم في جدر الصدر وفي العادة مجلس الاصابة هنا أيضا في الجزء المتوسط من الرئة في حذاء الضلع الثالث أو الرابع من الامام وفي حذاء زاوية اللوح من الخلف وكلما تقدم الداء تظهر علامات الكهف الزهري ولكن لا تصحبها النخافة ولا حمى الدق ما لم تتضاعف الكهف ومضاعفاته اما ظهور ميكروبات التقيح في الكهف أو ظهور الدرن الرئوي ويعقب ذلك التقيح والتدرن ظهور أعراض السل الرئوي مع النخافة وحمى الدق والأصبع الابقراطي

واما الاسكليروز الرئوي الزهري فلا يمكن تمييز اعراضه عن اعراض السيروز الرئوي البسيط وتبتدئ الاعراض كما في الالتهاب الشعبي الرئوي المزمن وتستمر مدة أشهر أو سنين وتتضاعف باعراض التمدد الشعبي ايضا ولا يتوصل الطبيب الى التشخيص الا بالبحث عن سوابق المريض الزهرية وعن البصاق الخالي من الباسيل وتحسن المريض بالمعالجة النوعية

وأما الزهري الرئوي البليوراوي أي اصابة البليورا من امتداد الزهري الرئوي فأنه يتصف باعراض الالتهاب البليوراوي البسيط الجاف أو المصحوب بانسكاب غزير ولا تتحسن حالة المريض بالبذل وحيث انه لم يشاهد الزهري البليوراوي وحده الى الآن فتشخيصه ومعالجته مرتبطان بالزهري الرئوي الذي يتضاعف به

وأما الزهري الرئوي الدرني فأنه يكون على شكلين وهما مضاعفة الزهري بالدرن وعكسه اعني مضاعفة الدرن بالزهري وفي الحالتين يشتد الخطر جدا

وأما الزهري الرئوي الوراثي فيشاهد احيانا عند الطفل لحدث الوضع ويولد حينئذ ميتا وتوجد الرئتان مصابتين بالالتهاب الرئوي الأبيض (كوبرشو) الذي يتصف باكتساب النسيج الرئوي لونا ابيض سنجابيا متنقرا فيها على هيئة جزيرات مع تيبس وصلابة في الرئة وان برحت المشرط واذا وضعت في الماء رسبت في قاعه وتوجد فيها الاوصاف الميكروسكوبية للسيروز الرئوي

ويظهر الزهري الرئوي الوراثي في العادة متأخرا بعد الولادة ببضع أشهر لغاية سن العشرين سنة (لانرو) وتصحبه في الغالب ظواهر نزلية في الحنجرة والشعب فاذا وجدنا طفلا لتغاوي المزاج مصابا بنوائب متكررة مصحوبة باعراض رئوية لا تتحسن بالمعالجة العادية وكان الطفل متخلفا في شروط الزهري الوراثي يلزم الشروع في المعالجة النوعية الزيبقية اليودورية مع شراب الحجل البري ويودور الحديد

ولاجل تشخيص الزهري الوراثي يلزم البحث عن العلامات المعتادة له وهي

أولا

اولا تشوه الأسنان الذى يتصف بتشرشر حافاتها ووجود حفر فيها شبيهة بالبودقة وتخططها بالعرض وصغر حجم القواطع
ثانيا اصابات العين بالالتهابات القرنية المنتشرة
ثالثا تشوه القصبة الذى يتصف بانتفاخ طرفيها وتبطط وعدم انتظام حافتها المقدمة وظهور اورام عظمية فى جسمها
(السير والانتهاء) الزهرى الوراثى يظهر فى الدور الثلاثى ويكون سيره فى العادة بطيئا ومدته طويلة من سنتين الى سنة ويكون فى النادر حادا بحيث ينتهى فى مسافة بضع اسابيع واصاباته متنوعة جدا بحيث انه ربما يكتسب هيئة الالتهاب الشعبى الرئوى الحاد وللمزمن البسيط أو السيروزى أو للمصحوب بتمدد الشعب أو الالتهاب الرئوى وينتهى بالموت إما بالكاشيكسيا الزهرية التى تتصف بفقد للحى وظهور علامات الاستحالات النشوية للاحشاء والاوذيما العامة واما ان يحصل الموت بالمضاعفات الميكروبية التقيحية اوالدرنية التى يعقبها ظهور علامات السل الرئوى الدرنى من حمى الدق والعرق الغزير والاصبع الابيقراطى
(التشخيص والمعالجة) تشخيص الزهرى الرئوى على العموم ينبنى على سوابق المريض الوراثية والخصوصية والآفات الزهرية المصاحبة له سيما الاورام الصمغية للخصية وللجبهة والقص الخ ومتى حصلت الشبهة فى الزهرى تستعمل المعالجة النوعية العقرية فيعمل الدلك الزيبقى (٤ الى ٦ جرام من المرهم الزيبقى) يوميا ويعطى يودور البوتاسيوم من ٢ جرام الى ٨ فى اليوم واذا لم يحتمل المريض ينوع الدواء فيعطى سيال وان سويتن أو شراب جيبير أو يحقن بيتونات الزيبق أو السليماني تحت الجلد وتعطى المعرقات والمقويات حسب الاقتضا

(المبحث الثالث عشر فى السرطان الرئوى)

الاسباب) السرطان الرئوى اما ان يكون اصليا أو تابعيا ويشاهد بالاكثر بين سن ٢٠ و٤٠ سنة وهو نادر عند الاطفال واسباب السرطان الأصلى كالسرطان على العموم تكون فى الغالب جرحية اعنى صدمة على الصدر أو من جروح

الرئة أو اصاباتها بدخول الاجسام الغريبة في الشعب ونحو ذلك واما السرطان التابعي فانه يحصل امامن وجود السرطان في الاعضا المجاورة كالحجاب الحاجز او العامود الفقري اوجدر الصدر أو القناة الهضمية أو يكون تابعيا لسرطان بعيد فتحصل الاصابة حينئذ بواسطة الأوعية اللنفاوية

(التشريح المرضي) النوع القاعي هو الاكثر حصولا هنا ويكون في الغالب مسبوقا باصابة اعضاء اخرى كالثدي والخصية والرحم مثلا ويجلسه في رئة واحدة أو في الرئتين معا ويكون اما منتشرا على هيئة نوايات مركزية وسطحية أو محدودا في بعض فصيصات رئوية فينمو فيها ويكثر خلاياه فلوات النواة الكبيرة الواصفة ويتحد بالهيكل الليفي للرئة (رانفيه) ويضغط على الاعضاء المجاورة أو يصيبها كالقصبة والرئ والأوعية والاعصاب ويصحبه التهاب الأوعية اللنفاوية واصابة العقد اللنفاوية الشعبية والابطية والعنقية ويصيب البليورا عادة ويتسبب عنه التهاب بليوراوي مصحوب في الغالب بانسكاب مدمم نزيفي وفي بعض الاحيان يمتد السرطان الى الجدر الصدرية ويؤكلها ويظهر الى الخارج

(الاعراض) يتصف السرطان الرئوي بآلام محدودة أو منتشرة وسعال وعسر في التنفس يتزايد مع تقدم المرض ويصحبه نفث دموي يكون في الغالب شبيها بعصير التوت الافرنجي ومحتويا على عناصر السرطان والياف رئوية مرنة وتختلف الأصمية على حسب كون السرطان محدودا أو منتشرا وبالتسمع توجد بعض خراخر مصحوبة بنفخ وصوت شعبيان

ومتى اصيبت العقد اللنفاوية الشعبية بالسرطان تظهر اعراض اورام الحجاب المنصف كعسر التنفس الشديد النوبي وتشنج المزمار عقب ضغط العصب الرئوي المعدي والراجع والسعال الشبيه بالسعال الديكي وعسر الازدراد اوعقب ضغط المرئ واوذيما الوجه والعنق وتمدد الاوردة عقب ضغط لجذوع الوريدية وسنرجع الى بيان هذه الاعراض عند الكلام على اورام الحجاب المنصف

ومتى اصيبت البليورا وحصل الانسكاب يزداد عسر التنفس وبالبذل يخرج سائل دموي

دموى غزير وقد يصل الى بعض ليترات ولا يعقبه تحسن التنفس
ومتى كان حجم السرطان كبيرا يحصل تمدد فى الصدر فى حذائه وربما حصل تحديب من الضغط الواقع عليه واذا برز السرطان الى الخارج يتقرح الجلد ويسهل تمييزه بالنظر لهيئته المخصوصة ونتيجه الميكروسكوبى

وينتهى سرطان الرئة بالهلاك اما بتقدم الكاشكسيا أو بالأسفكسيا
(التشخيص) يسر التشخيص جدا اذا كان سير السرطان حادا كما هو الغالب وتزداد الصعوبة اذا لم يسبقه ظهور سرطان فى عضو آخر فيلتبس بالسل السريع وربما يموت المتحضر فى مسافة بضع اسابيع ولا يحصل التشخيص الا فى الجثة وأما اذا كان سير السرطان الرئوى بطيئا فيمكن تشخيصه بالبحث عن سوابق المريض وأعراضه وبصاقه ووجود الاصابات السرطانية فى الكبد أو المستقيم او الخصية او الرحم او الثدى او العقد السرطانية تحت الجلد فى الابط والعنق وعلامات الكاشكسيا السرطانية ولون الجلد التبنى ونحو ذلك
(الانذار والمعالجة) الانذار طبعا ردئ جدا والمعالجة تنحصر فى المسكنات والحمية اللائقة

المبحث الرابع عشر فى الاكياس الديدانية للرئة

(الاسباب) ظهور الاكياس الديدانية للرئة اما ان يكون تابعيا لايداتيد الكبد مثلا أو اصليا ويكثر حصوله فى البلاد الكثيرة الكلاب التى أهلها يهملون فى تنظيف المياه المعدة للشرب. ويصل الجنين الايداتيدى الى الرئة اما مع الدم عقب شرب المياه القذرة أو من استنشاق الاتربة الملوثة ويصيب الكهول بالأكثر
(التشريح المرضى) الايداتيد يصيب فى الغالب قاعدة الرئة اليمنى ويتصف فى الرئة برقة المحفظة الديدانية أو فقدها بالكلية ولذلك يسهل انفجارها فى الشعب وقد يصل حجم الكيس الديدانى لحجم رأس الكهل فيملأ الصدر ويضغط على الحجاب الحاجز المنصف ويحول الاحشا وربما قوس العامود الفقرى عند الشبان ويحصل الكيس اما ان يكون محتويا على السائل الديدانى وحويصلاته فقط أو يكون متقيحا

وقد ينفجر الكيس في الشعب ويتفرغ بالكلية ويشفى ويعقبه اثرة التحام رئوية أو في أحوال اخرى ينفجر في البليورا أو في الاعضاء المجاورة ويعقبه تقيح الرئة وعوارض شتى

(الاعراض) اذا كان الكيس الديداني صغيرا فانه قد يستمر كامنا حتى يتكبد واعراضه المعتادة هي الالم وعسر التنفس والسعال الجاف النوبي مع ضعف وملل في الجسم وباستقصاء الصدر توجد في بعض الاحوال اصمية مصحوبة بخراخر شعبية ونفخ شعبي ومتى نما الكيس وضغط على جدر الصدر ربما تسبب عنه بروز للمسافات بين الاضلاع وتشوه واضح وقد يصحبه نفث دموي او نزيف خطر أو رعاف أو بحة في الصوت ولكن هذه الاعراض ليست ثابتة ولا يمكن بناء التشخيص عليها

واما اذا انفجر الكيس وانفتح في الشعب وكان كبير الحجم فانه يتسبب عنه نوبة سعال قوية وعسر في التنفس ويخرج السائل كالقيء الشعبي من الفم أو منه أو من الأنف معا وربما أوجب الهلاك بالاختناق لغزارته ويكون السائل في الغالب قيحيا مدمما ممتزجا بالايداتيد وبعض اجزاء من اغشيتها وربما يكون خروج السائل على مرات في مسافة بعض اسابيع وباستقصاء الصدر حينئذ توجد علامات التجويف الرئوى

واما اذا كان الكيس صغيرا أو حصل انفجاره في الشعب الصغيرة فانه يتسبب عنه نوبة سعال يعقبها بصاق محمر شبيه بعصير التوت الا في يخرج عديم الرائحة أو منتنا وممتزجا بأثار للحويصلات الديدانية والكلاليب أو بعض اجزاء من الغشاء الحويصلي الايداتيدي التي بواسطتها يتأكد التشخيص وقد يستمر خروج هذه الأثار الديدانية مدة بضع اشهر أو زيادة عن السنة وقد يصحبها ظهور الانجيه كما يحصل في ايداتيد الكبد وقد ينتهي الكيس بالشفاء بسرعة بعد انفجاره الذاتي وتفرغه في الشعب

واما اذا تقيح الكيس الديداني فانه يعقبه تقيح الرئة او غنغرينتها او نزيف قاتل واذا عاش المريض تظهر عنده القشعريرة وحمى الدق والعرق الغزير كما في السل الرئوي ولكن فقد الباسيل ووجود الايداتيد في البصاق يعين التشخيص ومع ذلك فليس من النادر مضاعفة الكيس المتقيح بالدرن

و اذا انفجر الكيس في تجويف البليورا فانه يعقبه التهاب بليوراوى مع انسكاب قيحى هوائى خطر جداً وشوهد ايضاً انفجار الكيس في المعدة والامعا وجدر الصدر (لاينك)

ويعالج الكيس الديدانى اما بالبذل بالآلة الماصة أو بعملية الانسكاب الصديدى أو بشق الرئة ويمكن انفجار الكيس بنفسه وتفرغه في الشعب يؤمل فيه الشفا اكثر من هذه العمليات وبعضهم يوصى باستنشاق الايتير وروح التربنتينا والبنزين ومحلول يودور للبوتاسيوم وكلورات البوتاسا

و على كل حال يلزم الاعتناء في تغذية المريض ومعالجة المضاعفات بما يوافقها

الفصل السادس في امراض البليورا

المبحث الاول في الالتهاب البليوراوى

الالتهاب اما ان يصيب البليورا بتمامها أو يكون محدوداً على جزء منها أو يكون قاصراً على بليورا الحجاب الحاجز او البليورا بين الفصوص الرئوية

والالتهاب البليوراوى اما ان يكون اصلياً أو تابعياً ويكون حاداً او مزمناً جافاً أو مصحوباً بانسكاب مصلى او صديدى او دموى او لبنى او هوائى

(الاسباب) الالتهاب البليوراوى الذاتى يحصل عادة من تأثير البرد والرطوبة لاسيما متى تعرض الشخص لتيار الهواء وهو في حالة عرق ويشاهد بالاكثر عند ضعفاء البنية المنتهكين ويمكن حصوله في جميع الاعمار وبالاكثر بين سن ١٥ و ٤٠ واقل من ذلك عند الشيوخ ويندر عند الاطفال قبل سن السنتين

ومن اسباب الالتهاب الذاتى الاصابات الجرحية للصدر كالرض وكسر الاضلاع والجروح النافذة

واما الالتهاب البليوراوى التابعى فاما ان يحصل بالمجاورة عقب التهاب الكبد وخراجاته وخراجات الحجاب المنصف او الابط وتسوس الاضلاع والفقرات والالتهاب البريتونى النفاسى ويشاهد في سير بعض الامراض كالروماتيزم وداء برايت والحمى التيفودية والالتهاب البليوراوى يضاعف غالباً التهاب الرئة الفصى الحاد ويكون اما جافاً أو صديدياً محتوياً على النيوموكوك واما الاكياس الديدانية للرئة فانه يعقب انفجارها

في البليورا التهاب صديدي ميكروبي قيحي واما سرطان الرئة فيعقبه التهاب بليوراوي
نزفي اوليفي واما الدرن الرئوي فيصحبه غالبا التهاب رئوي جاف اوغشائي كاذب
يحتوي على الباسيل الدرني مع انواع الميكروبات القيحية

التهاب البليورا اليسرى في الغالب ولالتهاب البليورا في جميع الصدر الا في
الاحوال الاستثنائية وتكون متعلقة امابالدرن اوالسرطان اوداء بريت اوالنقرس
او الاسقربوط او الزهري

(التشريح المرضي) متى كان الالتهاب البليوراوي حادا يحصل احتقان تشجري على
هيئة بقع في وريقتي الغشاء المصلي عادة فتمتد الاوعية الشعرية الدموية والتفاوية
وتحتقن نسيج البليورا وترتشح فيه الكرات البيضا ويفقد لمعان البليورا وتصير كابية
ويسقط غشاؤها البشري ويتغطى سطحها بطبقة رقيقة أوسميكة من الليفين
وتهبط للحويصلات الرئوية في هذا الالتهاب البليوراوي وتكتسب هيئة الغدة
الرئوية الغضيفية ثم تظهر على سطح الغشاء المصلي اغشية كاذبة وفي الالتهاب البليوراوي
الجاف لاتزيد الآفات عن ما ذكر او يحصل نضح خفيف ولكنه ينصرف وتعود البليورا
الى اصلها أو تتضمن الاغشية الكاذبة وتوجب التحام وريقتي البليورا بحيث تثبت
الرئة بالاضلاع في جميع امتدادها أو في امتداد احد فصوصها او في بعض نقط على هيئة
خيوط أو احزمة

واما اذا كان الالتهاب البليوراوي رطبا فانه يعقب الآفات التي سبق ذكرها انسكاب
مصلي يختلف مقداره جدا وقد يصل الى بعض ليترات من ٢ الى ٣ (ايشورست) ويكون
الانسكاب المصلي مصفرا أو محمرا على حسب مقدار الكرات الدموية فيه ويكون رائقا
او فيه بعض ندف ليفية ومفعوله عادة قلوي (فرينتل) وقد تصل كثافته الى ١٠٢٠
واما اذا كان الالتهاب البليوراوي صديديا فانه يظهر في السائل كرات قيحية توجب
تكدره وقد يكتسب اوصاف قيح الخراجات ويصير لونه مصفرا أو مخضرا ومفعوله
حمضي واذا ترك في اناء تتكون فيه طبقتان العليا محتوية على المصل والسفلى على
الكرات القيحية

وحصول

وحصول الانسكاب الصديدي عند الاطفال اكثر من الكهول (فاج) ويحصل عادة عقب وصول الهواء الجوي في التجويف البليوراوي أو عقب الجروح بآلات حادثة أو عقب الامراض العفنة كالجدري وحمى النفاس ويكون نادرا في الروماتيزم وداء برايت والسرطان واكثر عقب الالتهاب الرئوي الليفي للحاد والدرن الرئوي وبالبحث الميكروسكوبي عن الصديد توجد فيه عادة ميكروبات مختلفة فاذا كان تابعيا لالتهاب الرئة الليفي يوجد فيه البنوموكوك واذا كان جرحيا او متعلقا بمرض عفن توجد فيه الميكروبات القيحية كالاستربتوكوك والاستافيلوكوك

ويصحب الانسكاب الصديدي زيادة في نمو الاغشية الكاذبة حتى انها قد تصل الى كثافة ٦ او ٨ ميلليمتر فوق وريقتي البليورا ومتى حصل التحام في بعض نقط من البليورا يكون نوع جيوب أو اكياس يجتمع فيها الصديد وقد ينحصر الانسكاب الصديدي في البليورا بين الفصوص الرئوية بدون اشتراك بقية الغشاء المصلي بسبب الالتحام وريقتي البليورا في حذاء الشق الرئوي بين الفصوص

ويختلف مقدار الصديد في الانسكاب القيحي وقد يصل الى اربع ليترات وتختلف رائحته ايضا وقد تصير كريهة جدا منتنة فيعبر عن ذلك بالالتهاب البليوراوي الصديدي المنتن ويمكن مشاهدة الرائحة المنتنة سواء كان تجويف البليورا متصلا بالهواء الجوي أو لا

ويتسبب من الانسكاب الصديدي ضغط الرئة فتهبط في الغالب وتنزوي في الميزاب الفقري الضلعي على هيئة كتلة لحمية محاطة بالاغشية الكاذبة بحيث لا يمكن تمددها ثانيا بالتنفس حتى لو صار استفراغ الصديد ولا يصل الهبوط الرئوي الى هذه الدرجة اذا كانت ملتحمة بالجدر الصدرية في بعض نقط من سطحها ومتى ازمن المرض تحصل تغيرات في القفص الصدري فاما ان يصل الالتهاب الى السمحاق الضلعي فتتكرز العظام أو ان الصديد يؤكل المسافات بين الاضلاع سيما المسافة الخامسة ويثقبها ويسيل الى الخارج او ينفتح في الشعب ويخرج من الفم وقد يسيل الصديد تحت جلد الصدر ويصل الى جدر البطن وينفتح هناك

وبعد انصراف الصديد بأى سبب من الأسباب تهبط جدر الصدر على نفسها وتضيق قطع
وتتلاصق الاضلاع ويصحب هذا التشوه انحناء وتقوس في العامود الفقرى بحيث يكون
تقعيره مواجها للجهة المصابة واذا وصل الهواء الى تجويف البليورا احدث المرض المسمى
بهوائية البليورا الصديدية اعنى الانسكاب الهوائى الصديدى في الصدر

وأما الالتهاب البليوراوى النزيفى اعنى الانسكاب الدموى البليوراوى فانه يكون
بدرجات مختلفة وقد يضاعف الانسكاب المصلى وعلى حسب مقدار الدم يصير السائل
مصفرا أو محمرا أو غامقا بسبب انفساد الكرات الدموية ويكون منشأ النزيف غالبا
تمزق الأوعية الموجودة في الاغشية الكاذبة أو يكون متعلقا بالسرطان الرئوى
البليوراوى أو بالدرن ويشاهد النزيف ايضا عند المصابين بالسيروز الكبدى
أو داء برايت وفي سير الحميات الثقيلة والفطحية النزيفية والاسقربوط واخيرا
قد يوصله الدم الى تجويف البليورا عقب تمزق الأوعية المجاورة وخصوصا انوريزما
الاورطى

وأما الالتهاب البليوراوى اللبنى فانه ينسب الى وجود بعض كرات شحمية وبللورات
دسمة في الانسكاب البليوراوى فيصير لونه مبيضا شبيها بلون اللبن او الكيلوس
ويشاهد هذا الانسكاب نادرا في الالتهاب البليوراوى البسيط ويحصل بالأكثر
في سرطان البليورا

ثم ان الانسكاب البليوراوى مهما كانت طبيعته فانه متى زاد مقداره ينشأ عنه
ضغط على الاعضاء المجاورة وتحولها بدرجة مختلفة وسنعود الى الكلام على ذلك
في الأعراض

(الأعراض) قد يكون الالتهاب البليوراوى كامنا اى لا تتسبب عنه اعراض واضحة
وذلك فيما اذا كان جافا ومحدودا وفي احوال اخرى تكون اعراضه موضعية فقط
ولكن تظهر اعراضه فجأة في الغالب بدرجة شديدة فيستشعر المريض بقشعريرة متكررة
وحمى وألم وسعال جاف وتستمر الاعراض مدة بضع اسابيع أو تنتقل الى الحالة المزمنة
وتستمر مدة سنين وتختلف الاعراض باختلاف الالتهاب بالنظر لكونه جافا أو مصحوبا
بانسكاب

بانسكاب ولذلك يقتضى شرح اعراض الالتهاب الجاف وحدها وشرح اعراض
الانسكابات بعدها فنقول
(اولا الالتهاب البليوراوى الجاف) اهم اعراض الالتهاب البليوراوى الجاف هى
القشعريرة المتكررة والحمى والسعال والم الجنب والاحتكاك البليوراوى
أما الحمى فتكون عادة خفيفة فلا تصل فيها الحرارة فوق ٣٩ الا فى الأحوال
الثقيلة جدا ويصحبها تواتر فى النبض وعطش زائد وتكسر ونقص فى البول
وأما السعال فيكون فى العادة نادرا ويكون متعبا ويتهيج بأقل حركة وبالضغط
على الصدر ولا يصحبه بصاق الا اذا كان متضاعفا بنزلة شعبية
وأما الم الجنب فيحس به المريض فى قسم الثدى بقرب الحلمة أو فى المسافة بين الضلع
الخامس والسادس وفى ذلك المحل كروقيلية بزيادة حركات وريقى البليورا فى
قاعدة الصدر وقد يحس بالألم قرب الابط وتحت الترقوة ويكون محلسه فى
النادر بقرب الكبد والمراق الايمن أو بقرب العامود الفقرى
والم الجنب يكون عادة ناخسا حادا شبيها بضربة الخنجر أو وخز المسمار أو شبيها
بالتمزق أو الحرق يزداد بالحركة والضغط على جدر الصدر والسعال والضحك
والعطاس والتشهيق ولذلك يصير التنفس لهثيا لكن عسر التنفس الحقيقى المصحوب
باحتقان الوجه والشفتين وتلونهما بلون بنفسجى لا يشاهد فى الالتهاب البليوراوى
الا نادرا واكثر حصوله عند اقوياء البنية الدمويين المزاج ويمتنع المريض من
الضحك والعطاس ويخشى السعال فيوقفه بقدر الامكان ولذلك يكون
سعاله غير تام وله صفة مخصوصة ويرقد المريض على ظهره او على جنبه السليم
خوفا من الضغط على الجهة المريضة وتعريض الألم فيها ولثبات الألم فى الجنب سمى
هذا المرض بذات الجنب ومع ذلك فقد يكون الالم خفيفا عند بعض الأشخاص
لا سيما الاطفال والشيوخ وفى هذه الحالة ربما يصل الانسكاب البليوراوى
الى درجة عظيمة بدون أن يستشعر المريض به
وبالبحث عن العلامات الطبيعية بالنظر يتجلى يتضح ان الجهة المصابة من الصدر

اقل حركة من السليمة لأن الألم يثور أو يزداد مدة التنفس فيمتنع تمدد الصدر في الجهة المريضة وتصير المسافات بين الاضلاع أضيق ويمكن شخ الجلد فيها بسهولة ويخفض الكتف المسامت لها وبالضغط بالأصبع على المسافات بين الاضلاع في الجزء السفلي من الصدر يحرك الألم بدرجة اقوى ما اذا وقع الضغط على الاضلاع نفسها وقد تستشعر اليد على الصدر بالاحتكاك البليوراوى واما اهتزاز الصوت فانه لا يتنوع في الالتهاب البليوراوى الجاف وبالقرع لا تشاهد فيه اعراض خاصة ولكنه يصير اصم متى تكونت الاغشية الكاذبة

واما التسمع فعلامته مهمة جدا وهي اولا ضعف الخرير الحويصلى ثم فقده وينتج من احتكاك سطح البليورا الخشنة على بعضها صوت مخصوص شبيهة بقرقعة الورق أو جلد الرق يسمع بدرجة واضحة مدة الشهيق او مدة الشهيق والزفير معا ولكنه يكون اقوى مدة الشهيق خصوصا في آخره وقد يحس به المريض نفسه ويستمر مدة ٢٤ ساعة أو بضعة أيام وقد تصحبه فرقعة صغيرة شبيهة بفرقعة الالتهاب الرئوى (كروسو) ويلزم الاعتناء في التسمع لأجل تقدير نوع الاحتكاك واتساعه وهو يتميز عن الالغاط الصدرية الأخرى بعدم تنوعه عقب السعال ولشدة مدة الشهيق القوى ولا يكون قاصرا على الزفير أبدا

ووجود الاحتكاك البليوراوى يدل على ان الانسكاب المصلى او الاغشية الكاذبة ليست سميكة بمقدار كاف لتباعد ورقيتي البليورا عن بعضها ويعبر عن هذه الحالة بالالتهاب البليوراوى الجاف واحيانا يزول صوت الاحتكاك في نقطة من الصدر ويستمر في نقطة أخرى

ومجلس الصوت الاحتكاكي يكون عادة في الخط الابطى وفي القسم الثدى وحتى الحلمة وبجوار الزاوية السفلى للوح ويكون ضعيفا اسفل الترقوة وفي الجزء العلوى من الصدر والسبب في ذلك ان حركات الحجاب الحاجز توجب حركات البليورا بدرجة اقوى في قاعدة الصدر فيزداد فيها الاحتكاك

ثم متى تكونت الاغشية الكاذبة وتكاثفت أو حصل الانسكاب المصلى بمقدار كاف

يقل

يقل صوت الاحتكاك او يزول ويزول ايضا متى حصل التحام الرئة بجدر الصدر واذا حصل الالتحام فى الجهة اليسرى يمكن التحام الرئة بالتامور ايضا ويعقب ذلك تقوية ضربات القلب على جدر الصدر مدة التشهيق واذا كان الالتحام عاما على جهة من الصدر يحصل طبعا عطل فى التنفس وخصوصا فى الدورة الرئوية ويعقب ذلك تمدد القلب الايمن

(ثانيا فى الانسكاب البليوراوى المصلى) متى حصل الانسكاب البليوراوى يرى أن المريض يرجح النوم على الظهر أو على الجهة المريضة كيلا يضغط على الجهة السليمة بثقل جسمه وبهذه الحالة يسهل تنفسها وكلما زاد الانسكاب يزداد عسر التنفس بدرجة واضحة ويتواتر وتقل قوته

ولا تظهر للانسكاب البليوراوى علامات واضحة اكلينيكية الا متى بلغ مقداره نحو ٥٠٠ جرام وقد يصل الى هذا المقدار من ابتداء اليوم الثانى ولكنه يتأخر عادة بعض ايام الى اسبوع أو اسبوعين وكلما زاد مقدار السائل تزول العلامات السابقة بالتدريج فيزول الألم ولهث التنفس وتبتدئ المسافات بين الاضلاع فى البروز ويتسع الصدر فى الجهة المريضة فيمكن قياسها بالسيرتومتر لاجل معرفة الفرق بينها وبين الجهة السليمة وتقل اهتزازات الصوت تحت اليد ثم تزول وتظهر الأصمية ابتداء فى حذاء قاعدة الصدر من الخلف (بيودى) وتكون تامة فى الجهة المحدودة ويحس فى حذائها بفقد المرونة تحت الأصبع وتعلوها نصف اصمية تنتهى شيئا فشيئا بالرنانية الطبيعية وأمامه التقوع فأن الرنانية تكون زائدة عن الحالة الطبيعية وتسمى بالرنانية الاسكودية

والسبب فى ظهور الأصمية ابتداء فى قاعدة الصدر هو أن السائل البليوراوى يتبع الثقل فيجتمع فى المحال المنحدرة مالم تمنعه من ذلك التصاقات البليورا الحديثة أو القديمة ويتسبب من ضغطه على سطح الرئة هبوط خلاياها فى حذاء الانسكاب وأعلا منه قليلا

وبالتسمع في حذاء الانسكاب يشاهد اولاً فقد الخرير الحويصلي ثانياً وجود نفخ شعبي خفيف خصوصا في الزفير وفي آخره ثالثاً الصوت المعزى متى تكلم المريض بصوت عال رابعا التكلم الصدرى متى تكلم المريض بصوت منخفض ويستشعر بهذه العلامات بالاكثر في حذاء الزاوية السفلى للوح متى كان الانسكاب خفيفا وهذه العلامات وان كانت مهمة الا أنه لا يمكن اعتبار احدها علامة تشخيصية للانسكاب.

ومتى تزايد مقدار السائل البليوراوى عن (١٠٠٠ الى ١٨٠٠ جرام) تتنوع العلامات المذكورة فيقل وضوح الصوت المعزى ويقوى النفخ الشعبي ويسمع في الشهيق والزفير معا ويصير التنفس قويا في الجهة السليمة (تنفس طفلي) ثم يحصل تحويل في الأحشاء لضغط السائل عليها فينجذب الحجاب المنصف نحو الجهة السليمة وينخفض الحجاب الحاجز دافعا معه الكبد او الطحال الى الأسفل واذا كان الانسكاب في الجهة اليمنى يزوغ القلب نوعا الى الجهة اليسرى وتحول القلب يكون أكثر وضوحا اذا كان محل الانسكاب في الجهة اليسرى من الصدر فيندفع القلب خلف القص وتسمع ضرباته أو تنظر محولة الى اليمين وقد تصل الى المسافة التى بين القص والحلمة اليمنى أو تقرب من الحلمة المذكورة ولأجل تحويل القلب بهذه الدرجة يلزم مقدار كبير من السائل نحو (٣ ليترات فأكثر) وفي هذه الحالة تصير الاصمية عامة وواصلة الى قمة الصدر في الجهة المصابة ويزداد الاضطراب في الدورة القلبية والرئوية وربما تسبب عن ذلك الموت الفجائى أو حصول السيانوز بدرجة متقدمة

ومتى أزمن الانسكاب تحصل النحافة ويبهت الجلد وتفقد الشهية وتضعف القوى وتضمر العضلات الصدرية في الجهة المصابة وتحصل تشوهات متنوعة في الصدر وسنفيد الكلام عليها قريبا وفي بعض الأحوال تحصل حمى الدق وعرق ليلى بحيث يكتسب المريض هيئة المسلول

(ثالثاً في الانسكاب البليوراوى الصديدى) علامات الانسكاب الصديدى على نوعين عامة وموضعية أما العلامات العامة فهى في الغالب حصول قشعريرة متكررة واستمرار الحمى بدرجة مرتفعة وبهاتة اللون وفقد الشهية وجفاف اللسان وزيادة العرق

العرق وتقدم النخافة واخيرا تنتهى الحالة بحمى الدق والعلامات الموضعية هى امتداد الأصمية في عموم الصدر
ما لم يوجد التصاق بين الرئة وجدر الصدر فتستمر الرنانية في حذائها

واذا كان الانسكاب القيحى متكيسا أو منحصرا بين الفصوص الرئوية تكون الأصمية قاصرة
ومحدودة على [illegible] النقط المقابلة للانسكاب وقد يتكيس الانسكاب فوق
الحجاب للحاجز فيدفع الرئة الى أعلا والكبد الى أسفل وربما التبس حينئذ بأورام الكبد
والطحال أو الكلا ويفقد اهتزاز الصوت تحت اليد في حذاء الانسكاب ويتمدد الصدر
في الجهة المصابة وتبرز المسافات بين الاضلاع ويحدب زيادة عن الجهة السليمة ثم
تضيق وتنبطط جدره خصوصا بعد انصراف السائل القيحى وينخفض الكتف وينحنى العامود
الفقرى ويكون تقعيره نحو الجهة المصابة ويتشوه الصدر لأجل امتلاء الفضا الذى
تخلف من ضمور الرئة

ويصحب الانسكاب القيحى في الغالب اوذيما في الجدر الصدرية في الجهة المريضة تحت
الأبط وتصل الى الذراع وقد تمتد الى اليد وفى الاحوال القديمة تظهر تشجرات
وريدية على جدر الصدر

ومتى زاد مقدار السائل القيحى يوجب تحول الاحشا كما سبق ذكره في الانسكاب
المصلى وانما تأثير القيح هنا على التامور يحدث فيه الالتهاب بسهولة واذا تولد
في السائل غازات وكان مجلسه الجهة اليسرى يحس في جدر الصدر بضربات
شبيهة بضربات الأنوريزما وهو يسمى بالانسكاب الصديدى النبضى وهذه
النبضات تنشأ من ضربات القلب المحول ويشترط لحصولها وجود الغازات محصورة
في تجويف البليورا بدون اتصال مع الشعب ولا مع الخارج (ديولافوا)

واما التسمع في الانسكاب القيحى فأنه اصم اى لا تدرك به في الصدر اصوات لا
طبيعية ولا عارضية وليس للصوت المعزى والتكلم الصدرى أثر وانما يسمع في
النادر نفخ شعبى كهفى أو ارغولى يدل على أن الرئة لم يتم انكماشها بسبب التصاقها
بالجدر الصدرية

(رابعا في الانسكاب البليوراوى النزيفى) قد يعلن حصول النزيف البليوراوى ظهور

في عموم أ[illegible] الصدر

اعراض الانزفة الباطنة كسرعة النبض وصغره وبرودة الجسم وطنين الآذان والدوخان والغشيان والاغما وحصول النزيف البليوراوى اما من تمزق اوعية الاغشية الكاذبة أو من سرطان الرئة والبليورا أو من تمزق بعض الاوعية الدموية الموجودة فى الصدر والنزيف البليوراوى الغزير ربما يقتل المريض فجأة أو يضغط على الرئة والقلب وتنشأ عنه عوارض خطرة وأما النزيف القليل فانه فى الغالب يمتص وتتخلف عنه مادة فبرينية تلون الانسكاب المصلى فى البليورا بلون غامق أو محمر ولا يتيسر التشخيص عادة الا بعد البزل وخروج الدم

(خامساً فى الانسكاب البليوراوى الليمفى) هذا الانسكاب نادر وقد يشاهد فى الالتهاب البليوراوى للجرح البسيط أو المضاعف باصابة القناة الصدرية وفى الالتهاب المتعلق بالسرطانات واعراضه لا تختلف عن اعراض الانسكاب المصلى ولا يمكن تشخيصه الا بعد البزل وخروج السائل المبيض الذى متى ترك ونفسه ترسب فيه طبقة قشطية ويكون السائل فى العادة قلويا عديم الطعم وبالبحث عنه بالميكروسكوب توجد فيه كرات ليمفاوية بكثرة

(السير والمدة والانتها) سير الالتهاب البليوراوى عديم الانتظام ففى الشكل الخفيف الجاف يتم الشفا فى بضع ايام أو تحصل فى الغالب التصاقات رئوية تستمر مدة العمر ولا يتسبب من هذه الالتصاقات اضطراب واضح فى الصحة العامة الا اذا كانت عامة للرئة واعاقت التنفس أو الدورة واما اذا حصل انسكاب مصلى خفيف يمكن أنه يمتص ويعقب ذلك رجوع الخلايا الرئوية المنضغطة الى حالتها الصحية ويتم الشفا وليس من النادر ايضا امتصاص الانسكاب المتوسط لغزارة وحصول الشفا مع التصاق الرئة أو بدونه ومدة المرض تختلف كثيرا ويظهر الانسكاب المصلى عادة من اليوم الثانى الى العشرين ثم يتناقص من الاحدى عشر الى الثلاثين او الى الاربعين ويحتاج لتمام امتصاصه الى مدة غير محدودة

ومتى حصل امتصاص الانسكاب المصلى تقل الأصمية وتعود الاحشاء المحولة بالتدريج الى محلها ثم يسمع صوت الاحتكاك ثانيا فى الشهيق والزفير معا وامتداد زائد

عن الاحتكاك الابتدائي وقد يستمر عدة ايام أو اسابيع وربما اصطحب بألم بدون التهاب ومتى تم الشفا ورجع الشخص الى اشتغاله لاتزال عنده بقية من المرض فلا تعود رنانية الصدر كما كانت ويستمر التنفس للمريض ضعيفا مدة أشهر

وفي احوال اخرى تخفض الحمى الابتدائية ومع ذلك يتزايد الانسكاب وتنشأ عنه اعاقة التنفس وفقد الشهية فيؤدي الى الضعف والانيميا هذا وفي الاحوال التي يصل فيها الانسكاب للمقدار (٢ الى ٤ ليتر) يوجب تحول الاحشا خصوصا القلب والأوعية الغليظة ربما يحصل الموت الفجائي بالاغما أو بالسدد الرئوية التي يسهل تكونها بسبب اعاقة الدورة

وأما الانسكاب البليوراوي الصديدي فانه لايحصل امتصاصه الا في احوال نادرة جدا والعادة ان الصديد هنا يفتح له مسلك الى الخارج نحو الشعب أو الجلد أو الاحشا البطنية بخلاف الانسكاب المصلي فانه لايثقب الشعب ولايخرج منها الا في النادر جدا

ولايمكن تحديد مدة ولا بالتقريب للانسكاب الصديدي فانه قد يستمر عدة اشهر بدون اضطراب زائد في الصحة العامة ولكن العادة انه اذا لم يسرع في معالجته بالطرق الجراحية ينتهي بالموت اما بسبب تقدم الاسفكسيا أو حمى الدق او الامتصاص الصديدي أو الاستحالة الشحمية للأحشاء خصوصا الكبد والكلى أو المضاعفات الخطرة كالتهاب التامور وتكون السدد والدرن الرئوي ونحو ذلك والشفاء الذاتي يعقب خروج الصديد من الشعب أو من المسافات بين الاضلاع

اما خروج الصديد من الشعب فيعبر عنه بالقيء الشعبي وهو اذا حصل فجأة والمريض نائم ربما اوجب هلاكه في الحال بالاختناق والعادة ان للمريض يتقايا فجأة مقدار من الصديد اذا كان غزيرا يخرج من الفم والانف معا ويعقبه زمن راحة ثم يستمر على اخراج الصديد بعده مدة من الزمن ويكتسب الصديد في الغالب رائحة منتنة بسبب وصول الهواء اليه في التجويف البليوراوي وفي

هذه الحالة تشاهد علامات الانسكاب الصديدى الهوائى وقد تكون فتحة الشعب المشرفة للبليورا على هيئة صمام فلا ينسكب الهواء فى الصدر ويساعد على ذلك عدم تحرك الصدر مدة التنفس فى الجهة المريضة ويستمر البصاق الصديدى حتى ينتهى المرض بالهلاك بالاسباب التى سبق ذكرها أو بالشفا أحيانا

وأما خروج الصديد من المسافات بين الاضلاع فانه يحصل عادة تحت الحلمة فى المسافة الخامسة بين الاضلاع (مارشال) بسبب رقة الاجزاء الرخوة نوعا فى هذه النقطة ومع ذلك فقد يحصل الانثقاب فى محال اخرى وقد شوهد فى المسافة الثانية بين الاضلاع فيسبقه تألم فى نقطة من الصدر ثم بروز فيها يصير متموجا ثم يحمر الجلد فى حذاء الورم ويرق وينثقب فيسيل الصديد من ناصور واحد أو متعدد وتكون رائحته فى الغالب كريهة منتنة ويستمر خروج الصديد حتى ينتهى المرض بالامتصاص الصديدى وحمى الدق والهلاك كما هو الغالب أو بالشفا وهو أقل منه عقب خروج الصديد من الشعب

وأما خروج الصديد من مسالك اخرى على هيئة خراجات باردة تسرى بعيدا وتنفتح فى قسم القطن او فى الأربية فانه لا ينتهى بالشفا وينتهى بهلاك الشخص عادة واما اذا وصل الصديد الى التجويف البريتونى عقب انثقاب الحجاب الحاجز فأنه ينشأ عنه التهاب بريتونى مميت ومتى انتهى الانسكاب الصديدى بالشفا فأن التجويف البليوراوى ينسد عقب تكون ازرار لحمية يعقبها منسوج ليفى مندمج قد تصل سماكته الى قيراط وفى آن واحد تهبط الاضلاع وتتلامس جا فاتها تقريبا وتثبت فى محلها ويتقوس العامود الفقرى بحيث يكون التقعير متجها نحو الجهة المريضة فيحصل من ذلك ضيق فى تجويف الصدر ويهبط الكتف وينجذب الحجاب الحاجز الى أعلا مع الاحشاء الملازمة له وتقرب الجدر الصدرية من القلب بحيث تشاهد ضرباته ويحس بها فى اتساع أكبر بكثير من الحالة الطبيعية

(الانذار) الالتهاب البليوراوى الذلق الذى يحصل عقب البرد عند سليم الجسم ليس فيه خطر حتى لو حصل انسكاب خفيف يشفى بنفسه أو بالمعالجة عادة بدون عواقب

عواقب وأما اذا حصل التصاق بالحجاب الحاجز أو التامور فانه يعيق وظائف الاعضاء المذكورة ويتخلف عن ذلك اضطراب الصحة المستمر أو تعرض المريض للموت الفجائي

واذا كان الانسكاب المصلي غزيرا غير مصحوب بحمى ولا تألم وليس تابعا لداء برايت ولا لحالة تدرن فانه ربما يشفى بالمعالجة والبذل ولكن يكون المريض هنا عرضة للموت الفجائي بالاغماء أو السدد أو الاسفيكسيا واذا شفى تكون نقاهته طويلة وربما استمر عرضة للتدرن

وأما الالتهاب البليوراوي التابعي فانذاره يتعلق بالمرض الأصلي كالالتهاب الرئوي والدرن وداء برايت ويزداد الخطر عند حصول اوذيما رئوية أو التهاب شعبي عارض

وأما الانسكاب الصديدي فان انذاره اشد خطرا لأنه ينتهي بالموت غالبا واذا حصل الشفا يعقبه تشوه الصدر

والانسكاب المحدود أو القاصر على الميزاب بين الفصوص الرئوية أقل خطرا من الانسكاب العام لتجويف البليورا

(التشخيص) تشخيص الالتهاب الرئوي في مبدئه قبل حصول الانسكاب صعب وربما اشتبه علينا بألم الجنب العصبي أو الروماتيزمي أو بالمغص الكبدي ولكن فقد الحمى والعلامات التسمعية يميز هذه الأمراض

ويتميز الالتهاب الرئوي عن البليوراوي بحصول القشعريرة الشديدة الوحيدة التي يعقبها ارتفاع الحرارة الى درجة قوية وعسر التنفس الشديد والفرقعات الجافة والبصاق الصدائي ومع ذلك في بعض الأحيان يعسر تمييز صوت الاحتكاك البليوراوي عند فرقعة الالتهاب الرئوي

وتشخيص الانسكاب المصلي فيه صعوبات أخرى مثلا اذا وجد شخص معه عسر في التنفس واصمية تامة وفقد اهتزاز الصوت الطبيعي كليا أو تقريبا ومعه الصوت المعزي والتكلم الصدري الوشوشي والنفخ الشعبي أو الكهفي

أو الزلعى فأنه يحتمل ان يكون هذا الشخص مصابا بانسكاب بليوراوى مصلى أو بكيس كبدى نافذ فى الصدر أو بارز فيه أو بورم سرطانى عنى أو بعقد لنفاوية صدرية ونحوها والعلامة التى يمكن الاعتماد عليها لنوعا هى تحول القلب متى كان الانسكاب فى الجهة اليسرى أو انخفاض الكبد فى انسكاب الجهة اليمنى وإذا كان الانسكاب المصلى من نوع الاستسقا البليوراوى المتعلق بالانيميا أو بداء برايت فأنه يكون عادة فى جهتى الصدر فى آن واحد ولا يصحبه حينئذ تحول فى القلب

ومتى تيقن وجود الالتهاب البليوراوى يلزم تعيين سببه ليعلم اذ كان ذاتيا أو تابعيا وانسكابه هل هو بسيط أو صديدى أو دموى وهل هو مرتبط بالدرن أو بالسرطان الى غير ذلك

ويتميز الانسكاب الصديدى بدوام الحمى واكتسابها أوصاف حمى الدق وظهور الأوزيما فى جدر الصدر والتى قد تمتد بطول الطرف العلوى الموازى للجهة المريضة ومن المشاهد ان الانسكاب الصديدى كثير الحصول عند الاطفال زيادة عن الكهول وعند الرجال اكثر من النساء والالتهاب البليوراوى الروماتيزمى لا يعقبه انسكاب صديدى ابدا وهو نادر ايضا فى الانسكاب الذى يتعلق بأمراض الكلا وكثير الحصول فى الالتهاب البليوراوى الدرنى وفى الاحوال المشتبهة يمكن تأكيد التشخيص بالبط الاستقصائى

وأما الانسكاب الدموى فليس له أوصاف مميزة تفرق بينه وبين الانسكابات الأخرى ولا يعلم وجوده عادة الا بعد البذل ويشاهد النزيف البليوراوى غالبا فى سير الالتهاب المتعلق بالسرطان أو الدرن

(المعالجة) يلزم الاعتناء فى معالجة الالتهاب البليوراوى من أول الأمر بوضع المريض فى الفراش ويعالج الالم أما بالمروخ المسكنة الكلوروفورمية أو باللبخ وإما بوضع حراقة أوست علقات أو باعمال حقنة مورفينية ويرجح اعطا المورفين من الباطن لأجل تسكين السعال أو يعطى مسحوق دوفير ويثبت الصدر بحزام

بحزام ومن الباطن تعطى المسهلات أو المليئات ومدرات البول وتستعمل المركبات الزيبقية كذلك من الظاهر وتراعى الحمية الخفيفة ولا يرخص له بشرب الماء الا بقدر قليل (موكسون نيماير)

واذا وجد الانسكاب المصلى ينبغى الشروع فى البذل الصدرى وبعضهم يفعل البذل ولو كان الانسكاب قليلا جدا (تروسو) والبعض لا يفعل البذل الا بعد تكرار المسهلات والمدرات والحراريق بدون طائل

ووجود الحمى فى الابتداء يوجب تأخير البذل لحين زوال الحمى ويلاحظ مقدار السائل يوميا فاذا لم يأخذ فى التناقص فى الاسبوعين الأولين يلزم فعل البذل لأنه متى فعل البذل من أول الأمر بسرعة يسهل رجوع الرئة الى مرونتها وانما اذا طالت المدة فان النضح الليمفاوى على سطحها يصير ليفيا وبانكماشه يعيق تمدد الرئة ثانيا ثم وخروج مقدار من السائل قد يعقبه امتصاص ما بقى بسهولة ويساعد الامتصاص باعطاء المدرات والمعرقات والمسهلات القوية ويودور البوتاسيوم وبطلى الصدر بصبغة اليود أو تكرر عليه الحراقات الطيارة واذا كان المريض انيميا أو منهوكا يساعد الامتصاص بالاغذية الجيدة والمقويات والتدبير الغذائى اللبنى وبعضهم يمنع استعمال السوائل للشرب بقدر الامكان هذا واذا كان المريض مصابا بداء بريت تلزم المبادرة ببذل صدره واستخراج الانسكاب البليوراوى خوفا من حصول الاوذيما فى الرئة وهلاك المريض فجأة واذا كان السائل مالئا لتجويف الصدر يلزم ايضا فعل البذل حالا لأنه لو صار تأخيره من المساء الى الصباح ربما هلك المريض فى ليلته وفى هذه الأحوال الوقتية يفعل البذل ولو كانت الحمى موجودة

ومتى استقر الأمر على البذل يشرع فيه بدون اجراء البذل الاستقصائى على رأى بعضهم حيث ان فائدته هنا واهية ويستعمل البذل بواسطة آلة ديولافوا لأن آلة البذل المعتادة لا تكون لخروج السائل غالبا ويخشى فيها من وصول الهواء الى تجويف البليورا وأما آلة البذل المعروفة باسم ديولافوا أو بوتين فانها

تجذب السائل بقوة وتمنع وصول الهواء الى الصديد واذا انقطع سيلان السائل فجأة عقب انسداد الانبوبة بجلطة ليفية أو بالرئة نفسها يلزم تحريك الماسورة الى اليمين أو اليسار قليلا واذا لم يفد ذلك شيئا يفعل البط ثانيا في نقطة أخرى وعلى كل حال لا يلزم استخراج السائل بمقدار كبير دفعة واحدة بل يكتفي بخروج نحو اللتر ثم يعاد البذل بعد مضي بعض ايام حتى يتزح جميعه وبعض المؤلفين وصى بعدم استعمال الابرة المجوفة للبذل خشية جرح الرئة ورجح استعمال آلة البذل ذات الحنفية وركب عليها انبوبة الآلة الماصة وعلى كل حال لا يلزم استعمال الآلة الا بعد تطهيرها جيدا

واما النقطة التي يوافق البط فيها فهي المسافة السادسة أو السابعة بين الأضلاع وحتى حافة العضلة العظمية الصدرية بنحو ٥ سنتمترات أعني في القسم الأبطي والبعض يرجح المسافة الثامنة في مقابلة زاوية اللوح (ديولافو) ويلزم فعل البط في حذاء الحافة العليا للضلع لأجل تجنب الشريان بين الأضلاع

وقد يعقب البذل حصول تزيف في تجويف البليورا أو نزيف رئوي أو سعال جاف متعب أو يعقبه بصاق مدمم رغوي يحتوي على مقدار زائد من الزلال ينشأ من احتقان الرئة وحصول الاوزيما فيها ويعقب البصاق الزلالي خفة في الاعراض أو يشتد الاحتقان والاوزيما في الرئة ويهلك المريض بالاسفكسيا وقد يعقب البذل نوبة اغماء تؤدي الى هلاك المريض في أول يوم وقد يعقب البذل استحالة السائل المصلي الى الحالة الصديدية

ومتى تجدد الانسكاب المصلي بعد البذل يلزم تكرار البذل قبل رجوع السائل الى غزارته الأولى وقد يلتجئ الحال الى اجراء العملية ١٠ أو ١٥ مرة في مسافة بضع اسابيع واذا كان الانسكاب البليوراوي صديديا لا يكفي البذل البسيط في معالجته بل يلزم فعل شق متسع يسيل منه الصديد وتوضع فيه انبوبة لاستيك لدوام السيلان ويوضع عليها الغيار ضد العفونة والأصوب غسل التجويف الصديدي بمحلول يودي أو فينيكي ومحلول فوق منجنات البوتاسا واذا كانت المسافة بين الأضلاع

الاضلاع لاتكفى لهذه العملية يلزم استئصال الجزء من ضلع أو ضلعين حسب طريقة استلاندير ويداوم على الفيلو حتى يتم الشفا وينسد تجويف البليورا واذا لم يتم الشفا وبقى ناصور يمكن استئصال ضلع أو اكثر لاجل هبوط جدر الصدر وسرعة انسداد تجويفه

(المبحث الثانى فى انسكاب الهواء فى البليورا أى هوائية البليورا)

دخول الهواء والغازات فى البليورا اما ان يكون بسيطا وهو نادر ويصحبه فى العادة انسكاب مصلى أو صديدى أو دموى وهو اما ان يكون عاما لتجويف البليورا بتمامه أو محدودا على جزء منه

(الاسباب) تكوّن الغاز ذاتيا فى البليورا السليمة لم يشاهد ابدا واما تكونه فى الانسكاب البليوراوى الصديدى ففيه قولان (بروست) والعادة أنه يصل الغاز الى البليورا من الخارج أو من الرئة عقب اثقاب الشعب فى التدرن والانفيزيما والغنغرينا والتزيف الرئوى او عقب الالتهاب البليوراوى الصديدى أو البورات العقدية الشعبية وفى جميع هذه الاحوال ينسكب الهواء فى البليورا مالم يتقدم حصول التهاب التصاقى بين وريقتيها ويشاهد هذا الامر عند الكهول اكثر من الاطفال ويحصل فى الاعمار

واما ان يصل الهواء عقب الاصابات الجرحية التى تصل الى الرئة كالجروح الواخزة احيانا والنارية ورفع الاثقال ومجهودات السعال كالسعال الديكى فأنه قد يعقبه تمزق الحويصلات الرئوية وانسكاب الهواء فى البليورا والانسكابات الصديدية للبليورا ايضا تكون سببا فى هوائيتها متى انفتحت فى جدر الصدر واتصل الهواء الجوى الى تجويف البليورا من الفتحة الناصورية أو يصل الهواء الى البليورا من القناة الهضمية عقب الخراجات أو التقرحات المعدية أو المريئية أو عقب الاكياس والخراجات الكبدية التى تثقب الحجاب الحاجز وتصل الى الصدر فأنها ان لم يسبقها التهاب التصاقى يتعرض المريض الى دخول الهواء فى البليورا

ودخول مقدار قليل من الهواء الجوى عقب الجروح وكسر الاضلاع لا يحصل منه ضرر لانه يصير امتصاصه عاجلا

(التشريح المرضى) اذا حصل الموت بعد انسكاب الهواء حالا لا يشاهد تغير فى

البليورا او العادة انه متى وصل الهواء داخل البليورا فانه يهيج ويحصل التهاب بليوراوى مع انسكاب صديدى فى النادر (رافيه) وفى الغالب يكون الانسكاب صديديا خصوصا اذا كان السبب التدرن فى الرئة او الغنغرينا او الخراج ويختلف مقدار الغازات ومعظمها من حمض الكربونيك والازوت واما الاوكسيجين فان مقداره فيها واه جدا وقد تصحبها غازات ايدروكبريتية وعند فتح الصدر تخرج هذه الغازات بصوت نفخ واضح اذا كانت غزيرة وربما طفئت لهب الكبريت واما اذا كان مقدار الغازات متوسطا فانها تضيع عند فتح الصدر بدون شعور ولاجل التحقق من وجودها حينئذ يلزم فتح البطن ابتداء وملؤ تجويفه بالماء ثم يثقب الحجاب الحاجز بآلة ماذلة لرؤية خروج الغازات كالفقاعات من وسط الماء أو يسلخ جلد الصدر على هيئة جيب يملأ بالماء ثم تثقب جدر الصدر فى قاع الجيب لتمر الغازات فى الماء وتخرج على هيئة فقاعات

وبفتح الصدر توجد الرئة هابطة فى القناة الفقرية الضلعية ملم تكن ثابتة بالتصاقات سابقة وتوجد الاحشاء محولة بدرجة مختلفة باختلاف مقدار الغازات وبعد فتح الصدر يبحث عن الثقوب التى يختلف مجلسها واتساعها باختلاف السبب الذى احدثها واذا كانت صغيرة وتعسر وجودها يلزم ملؤ تجويف البليورا بالماء ثم تنفخ الرئة فيخرج الهواء من الثقب ويتفقع فى حذائه فيتعين مجلسه بسهولة الا اذا حصل التحام الثقب وانسداده فيعسر العثور عليه

وفى الغالب يحصل ثقب الرئة من جوانب الفص العلوى بقرب حافته السفلى أو فى جوانب الفص السفلى بقرب حافته العليا

(الاعراض) اعراض هوائية البليورا اما ان تكون فجائية أو تدريجية بحسب السبب الذى احدثها فاذا ورد الهواء فى بليورا سليمة خالية من الالتصاقات عقب مجهود فى الانفيزيما الرئوية أو الخراج الرئوى تهبط الرئة حالا وتظهر الأعراض فجأة فيحصل الم شديد فى الجنب وعسر تنفس قوى مع السرعة فيه ربما تصل الى فوق ٤٠ فى الدقيقة واما ضربات القلب فأنها تسرع قليلا ويصغر النبض

ونبرد

وتبرد الأطراف وتكتسب الشفتان والأصابع لونا سيانوزيا ويضعف الصوت جدا وقد شوهد حصول الموت الفجائى عند بعض الاشخاص وخصوصا المتدرنين واما اذا وجدت التصاقات أو لجمة رئوية فان الاعراض تظهر ببطئ فيكون الألم خفيفا وعسر التنفس بطيئا وفى بعض الأحيان يكاد المريض ان لا يستشعر بها

والعلامات الطبيعية لهوائية البليورا هى الآتية

(اولا) اذا كان الهواء غزيرا ولم توجد فى البليورا التصاقات ولم يكن الصدر متشوها ولا هابطا من قبل فأنه يتمدد بدرجة واضحة أو بقياسه بالسير توميتر وقد تصل هذه الزيادة الى ١٥ أو ١٠ سنتيمترا بالنسبة للجهة السليمة

(ثانيا) تضعف اهتزازات الصوت جدا وتفقد بالكلية

(ثالثا) بالقرع تسمع رنانية فائقة الحد سماها (تروسو) بالرنانية المعدنية أوصوت الصياح ولأجل الحصول عليها بدرجة واضحة يجلس المريض وفى اثناء تسمعه من الخلف فى حذاء زاوية اللوح يصير القرع على الصدر من الأمام فيسمع الصوت المعدنى واذا حصل القرع بواسطة قطعتين من العملة يصير الصوت أكثر رنانية وبعضهم يرجع تسمية هذه الظاهرة بصدى الصوت المعدنى ومن المشاهد ان الرنانية تقل فى الوضوح اذا كانت جدر البليورا سميكة بسبب التهابها المزمن وتقل الرنانية كذلك اذا كانت جدر الصدر متوترة جدا من ضغط الغاز عليها فلا تهتز تحت القرع ولا تسمع لها رنانية

(رابعا) بالتسمع يحس بالنفخ الزلى مدة التنفس والسعال والتكلم وأما الخراخر فانها تكتسب صوتا رنانا معدنيا شبيها بالصوت الذى يسمع من قرع فنجان من المعدن أو الصينى أو البلور بواسطة دبوس أو بالصوت الذى يحصل من سقوط حبوب الرمل فيها وربما يمكن تحريض الرنانة المعدنية بالسعال والتكلم والتنفس القوى وقد تسمع ايضا اذا جلس المريض بعد ان كان راقدا وتنسب حينئذ الى سقوط نقط سائلة من قمة الصدر الى قاعدته

(خامسا) اذا رج المريض بقوة حال التسمع فأنه يسمع صوت كركرة ناشئ من ضرب

الهواء مع الماء ويسمى صوت الرجة الابقراطية وقد يسمع هذا الصوت على بعد وقد يستشعر به نفس المريض

(سادسا) بالبحث عن القلب خصوصا فى هوائية البليورا اليسرى يشاهد فيه تحول شبيه بالتحول الذى يحصل من الانسكاب للمصل وكذا الحجاب للحلجز قد يندفع الى اسفل والمسافات بين الاضلاع قد تبرز الى الخارج على حسب مقدار الغازات فى البليورا

(سابعا) يرى قد عادة على الجهة المصابة الرتبى

والاعراض العامة فى هوائية الصدر تنحصر فى ضيق التنفس وسرعة النبض مع الرتابة فى ضربات القلب احيانا واحتقان وريدى مع اوزيما الوجه والاطراف وثقل فى الرأس ودوخان وطنين فى الاذنين وقلة البول وزلاليته ويوجد الطحال أو الكبد منخفضا او القلب متحولا على حسب الجهة المصابة ويكون الصوت ضعيفا أو مفقودا وفى بعض الاحيان تحصل انفيزيما تحت الجلد فى العنق والصدر فقط أو ممتدة على الطرف العلوى واذا ازمن المرض تتقدم النحافة وينتهك المريض وينتهى حاله بحمى الدق

(التشخيص والانذار) الانسكابات السائلة لها احيانا نفخ زلى شبيه بنفخ هوائية البليورا فاذا كانت هوائية البليورا مفرطة تصير الرنانية ايضا اقل وضوحا فيحصل الالتباس بينهما ولكن علامات وجود السائل والغاز معا واضحة واضحة لا يمكن الالتباس فيها

وتتميز الانفيزيما الرئوية باصابتها للرئتين معا وفقد باقى علامات هوائية البليورا واذا كانت هوائية البليورا محدودة فى جزء من الصدر يمكن التباسها بالكهف فى قمة الصدر أو قاعدته مثلا ولكن هوائية الصدر فى هذه النقط نادرة وبدقة البحث عن العلامات الطبيعية يمكن تمييزها وتوجد الاضلاع عادة منخسفة فى حذاء الكهف وبارزة فى حذاء هوائية الصدر

بعد اثبات هوائية البليورا يلزم تعيين سببها بقدر الامكان لاجل وضع الانذار بالضبط فانه شوهد حصول الشفا ذاتيا بعد امتصاص الهواء وشوهد ايضا

استمرار

استقرار الهوائية عدة سنين عند بعض الاشخاص مع تمكنهم من الخروج والركوب ومزاعاة اشغالهم واذا صار فتح الصدر ومعالجة الانسكاب الصديدى حسب الاصول يمكن الوصول ايضا الى الشفا هذا اذا لم يكن السبب خبيثا كالتدرن مثلا لأن هوائية الرئة عند المصاب بالدرن لا يؤمل شفاؤها البتة

(المعالجة) اذا كان الهواء غزيرا فى الصدر يكون البط بالآلة البازلة الدقيقة لاخراج الهواء الزائد وتخفيف تحويل القلب واذا كان مقدار الهواء متوسطا يلزم الانتظار بعض أيام (فرنتسل) فربما يمتص الهواء طبيعة وبعد مضى نحو الاسبوع يكون فعل البط باحتراس بواسطة آلة بازلة منهية بصمام مرن واذا وجد انسكاب فيحى يعالج حسبما تقرر سابقا ولأجل تلطيف الألم والسعال يعطى المورفين من الباطن أوحقنا تحت الجلد بمقدار صغير

واذا حصل الانسكاب الهوائى فجأة فى بليورا سليمة يمكن تدارك الأسفكسيا والهبوط باستعمال الكؤل والأيتير والكافور والواليريانا والكاستوريوم وبالمحولات الجلدية كالدلك والخردل والمحاجم وبعد انصراف الخطر تعالج العواقب حسبما توضح آنفا

المبحث الثالث فى الانسكاب الاوزيماوى البليورا

يعبر عن ذلك بالانسكاب البليوراوى الغير المتعلق بالالتهاب الذى يحصل بالارتشاح المصلى البسيط ويصحبه عادة ارتشاح اوزيماوى فى اعضاء اخرى من الجسم لا سيما الأطراف

(الاسباب) الانسكاب الاوزيماوى يكون تابعا لأمراض أخرى كأمراض القلب والرئتين التى تعيق الدورة الوريدية فى الأجوف العلوى والأزنجوس وقد يتعلق بداء برايت والكاشكسيات السرطانية او الآجامية أو الزهرية أو النهوكة التى تعقب الأسهال المزمن والدوسنطاريا أو الانيميا واللوسيميا والخلوروز

وينسب النضح هنا لفساد جدر الأوعية الدموية ونقص الالبومين فى الدم معا

(كونتهايم) وقد يحصل النفخ البليوراوى مدة النزع فيسمى بالارتشاح النزعى

(التشريح المرضى) يتميز الانسكاب الأوزيماوى بكونه سائلا مصليا عاما للبليورا في الجهتين معا ويكون لونه مصفرا أو مخضرا قليلا رائقا مائعا أو محتويا على بعض ندف ولا يصير محرا الامتى كان النزع مستطيلا ومفعوله قلويا وكثافته نحو ١٠١٥ أو أقل ولا تزيد عن ذلك الا في بعض أحوال استثنائية عقب أمراض القلب مثلا ومقداره من نصف اوقية الى ٧ ليترات ويكون أكثر في البليورا اليمنى غالبا بسبب رقاد المريض على جنبه الايمن بكثرة ولا يصحبه التصاق بليوراوى ما لم تكن البليورا ملتصقة من قبل وتكون البليورا عادة باهتة ممتقعة أو في حالة لين والرئة منضغطة ولكنها تتمدد بالنفخ الصناعى

وبالبحث عن السائل بالميكروسكوب توجد فيه بعض خلايا بشرية وكرات بيضا وحمراء وشحمية

(الأعراض) ينشأ من الانسكاب الاوزيماوى ضغط الرئة وتحول الاحشاء الصدرية والبطنية ويتسبب من ذلك عسر التنفس وسرعة النبض وصمم وباقى العلامات تشبه علامات الانسكاب البليوراوى الالتهابى وتكون اشد منها بسبب وجود الارتشاح الاوزيماوى في جهتى الصدر عادة

ومدة هذا المرض تختلف من بضع ايام الى بضع أشهر

(التشخيص) بالبحث عن العلامات الطبيعية للانسكاب وبالبذل يعرف السائل الاوزيماوى بخفة وزنه النوعى اى قلة كثافته

(الأنذار) يتعلق بالسبب ولا يؤمل امتصاص الانسكاب الا في أحوال استثنائية متى أمكن تقوية المريض مثلا وفي الغالب ينتهى المرض بالهلاك

(المعالجة) اذا كان الانسكاب خفيفا تعطى مدرات البول والمعرقات والمسهلات ويعالج المرض الأصلى بما يليق وأما اذا كان الانسكاب غزيرا ويخشى منه على حياة المريض فيجب فعل البذل بالجهاز الماص

المبحث الرابع في سرطان البليورا

(التشريح المرضى) سرطان البليورا عادة تابع لسرطان الرئة أو العقد اللنفاوية للحجاب للنصف أو الاحشاء الهضمية المجاورة أو يكون تابعيا لسرطان عضو بعيد وفي الغالب يكون سرطان البليورا نخاعيا أو بشريا ويكون في النادر اسكيريا أو صمغيا ويكون اما منتشرا جيبيا أو على هيئة كتلة قد تبلغ حجم رأس الكهل ويصحب السرطان انسكاب بليوراوى مصلى أو قيحى أو دموى أو لبنى

(الأعراض) اعراض سرطان البليورا ليست واضحة فاذا كان السرطان منتشرا جيبيا تصحبه احتكاك بليوراى وسواء كان منتشرا أو محدودا فانه ينبه السعال ويكون السعال متعبا ويعقبه بصاق مخاطى أو مخاطى قيحى أو يتسبب عنه التهاب أو انسكاب بليوراوى لا تختلف علاماته عن الالتهاب والانسكاب البسيط وليس له أوصاف خاصة واذا تزايد حجم السرطان جدا يتسبب عنه ضغط الاحشاء وتحولها

(التشخيص) لا يمكن تشخيص سرطان البليورا الا بوجه التقريب متى وجدت بعض الاعضاء مصابة بالسرطان ويمكن التباسه بالانسكابات البليوراوية المختلفة وبالأورام الصدرية الأخرى للرئة والحجاب المنصف

(الانذار والمعالجة) الانذار خطر طبعا والمعالجة عرضية فقط

(باب في امراض الجهاز الدورى)

امراض الجهاز الدورى تتضمن امراض القلب والأورطى والاوعية الدائرية

(الفصل الأول في امراض القلب)

امراض القلب ودراستها قد اتضحت كثيرا في العصر الأخير بعد استكشاف القرع والتسمع (لاينك) ومعرفة النقاط القلب الطبيعية واوصاف النبض ورسمه بالآلة الرسامة له المسماة سفيجموجراف

ولنبدأ بشرح امراض اغشية القلب الظاهرة والباطنة ثم امراض نسيجه العضلى وامراضه العصبية فنقول

(المبحث الأول في التهاب التامور)

(اولا في التهاب التامور)

التهاب التامور اما ان يكون عاما أى مصيبا له بتمامه أو جزئيا أى منحصرا في قاعدة القلب بجوار الأورطى ويكون حادا او مزمنا جافا أو مصحوبا بانسكابات مصلية أو قيحية أو هوائية ويندر كون الالتهاب التاموري ذاتيا بل يكون في العادة تابعيا أو عرضيا

(الأسباب) التهاب التامور الذاتي الذي يعقب البرد نادر جدا وقد يتسبب من جروح القلب ومن التعب الجسمي الشاق وأما الالتهاب التاموري التابعي فهو الأكثر حصولا ويشاهد في الغالب عقب الروماتيزم المفصلي الحاد عند الكهل في سن الاربعين وعند الطفل قبل البلوغ ونادر عند المتقدم في السن ولا يشاهد الالتهاب التاموري تابعيا للنقرس ولا لالتهاب المفاصل الحاد والبلينوراجي ويظهر الالتهاب التاموري عادة في اليوم الثاني أو الثالث بعد ظهور الحمى والاصابات المفصلية الروماتيزمية وقد يسبق اصابات المفاصل بيوم أو يومين خصوصا عند الاطفال والشبان وأحيانا يظهر في الاسبوع الأول أو الثاني من الروماتيزم ويكون وحده أو مصحوبا بالتهاب الغشاء الباطن للقلب أو البليورا ويكون في العادة ليفيا لأن الالتهابات الروماتيزمية لا تتقيح الا في احوال استثنائية

وبعد الروماتيزم يشاهد بالأكثر الالتهاب التاموري التابعي في داء برايت الحاد والمزمن لاسيما بعد سن الخمسين وفي الامراض العفنة الميكروبية كالحصبة والجدري والاستصباح الصديدي والحمى النفاسية ويكون الالتهاب التاموري حينئذ اما ليفيا أو صديديا وفي الصديد ميكروبات التقيح وأما اذا أعقب الدرن فانه يكون أيضا ليفيا أو صديديا أو نزيفيا ويوجد في الصديد باسيل الدرن

ويحصل التهاب التامور أيضا بالمجاورة عقب الالتهاب الرئوي البليوراوي للجهة اليسرى ويكون حينئذ ليفيا أو صديديا وفي الصديد البنوموكوك وخراجات الحجاب

الحجاب المنصف واورامه الخبيثة ونيكروز الاضلاع المجاورة وخراجات الثدي الأيسر والتهاب القلب وخراجات الخ كلها امراض ربما تحرض الالتهاب التاموري

(التشريح المرضي) الآفات التشريحية هنا تشبه آفات التهاب الاغشية المصلية على العموم فاذا كان الالتهاب حادا يحصل احتقان تشجري رقيق جدا ابتداء ويفقد الغشاء المصلي لمعانه ويرتشح النسيج الخلوي تحته ثم يحصل افراز اللنفا وانعقادها بسرعة بجوار اصول الأوعية الغليظة ثم فوق سطح القلب والوريقة الظاهرة وتكون طبقات رقيقة متراكمة فوق بعضها على هيئة اغشية كاذبة متكونة من الليفين المنعقدة المحللة بخلايا بشرية وكرات بيضا أو قيحية وقد تصل طبقة الاغشية الكاذبة الى سماكة لا تصل اليها في البلورا والبريتون ويشاهد بين الوريقتين الباطنة والظاهرة للتامور مقدار مختلف من المصل أو المصل الصديدي الذي يرتشح ايضا في خلال الاغشية الكاذبة وبالنظر لحركات القلب المستمرة يصير سطحه خشنا غير منتظم شبيها بلسان الهر أو سطح كرش الحيوان او سطح كسر القالب الزبده

وفي بعض الاحيان لا يحتوي التامور الا على سائل مصلي ندفي ومقدار المصل في الاحوال الحارة لا يتجاوز ١٢ الى ١٨ أوقيه واذا بلغ المصل هذا المقدار يتعذر الدياستول القلبي ويحصل الموت بسرعة وأما في الأحوال المزمنة فان مقدار السائل ربما يصل الى ما فوق الليتر ويتحمله المريض ويعبر عن الانسكاب المصلي المذكور باستسقاء التامور ويشاهد خصوصا في الانيميا والامراض الكاشكسية الديسكرازية أو عقب اعاقة الدورة الوريدية القلبية

ثم أن الانسكاب التاموري يكون عادة قليل المقدار مصليا أو ليفيا صرفا وهذا ما يعبر عنه في الاكلينيك بالجاف وقد يكون ممزوجا بالدم لاسيما اذا كان تابعا للسرطان أو الدرن او الاسقربوط ولا يكون صديديا حتى كان روماتزميا وأما في ذات الرئة فانه يكون غالبا صديديا أو صديديا مصليا وكذا يكون صديديا ايضا في الأمراض العفنة والكاشيكسيات وقد يصحب الصديد غازات منتنة تنشأ من

تعفن تفسي الصديد وهو نادر وتصل هذه الغازات في المادة الى التامور من الجروح النافذة أو من التجاويف الخاطية للشعب أو المرئ أو المعدة ويعبر عن اصابة التامور حينئذ بالانسكاب القيحي الغازي

ويتصف الالتهاب المزمن للتامور بسماكة الاغشية الكاذبة والالتصاقات الحشوية

أما الاغشية الكاذبة فقد يصل سمكها الى ٢٠.ر سنتيميتر وتكون مرتشحة بالدم أو الصديد أو الدرن أو تكون متيبسة وبعض النقط ومرتشحة بمادة كلسية فتكتسب صلابة عظمية أو غضروفية وكثيرا لا تستطع اى لا يشاهد فيها الاوستيوبلاست ولا الكوندروبلاست بل تكون من نسيج خلوى صفائحي والياف متهتكة (رانفيية) واحيانا تكتسب لونا مبيضا صدفيا فيقال لها النقط اللبنية وليس لها أهمية في الأكلينك

وأما الالتصاقات الحشوية فتنشأ من تكون ازرار وعائية في الوريقتين تلتحم ببعضها التحاما جزئيا قاصرا على قاعدة القلب على هيئة حلقة أو التحاما عاما على هيئة الجبة وحواجز مختلفة بالسائل وبعضها لعناصر الفاسدة بالاستحالة الشحمية بحيث يمحى التجويف المصلى وتلتحم وريقتيه وهذا ما يعبر عنه بالانكلوز القلبي ويشاهد غالبا في تدرن التامور وتختلف درجة الالتحام في الانكلوز القلبي فاما ان تكون ضعيفة بحيث يسهل تمزق الاجبة والحواجز وفصل الصفيحتين عن بعضهما أو تكون شبه خلوية بحيث تسمح لحركات القلب نوعا داخل الوريقة الظاهرة واما ان يكون الالتحام قويا فلا يمكن عزل الوريقتين الا بالمشرط

واذا امتد الالتهاب الى السطح الظاهر للتامور فانه يصيب الاعضاء المجاورة كالبليورا والرئة والحجاب الحاجز وجدر الصدر فيلتحم بها التحاما قويا وفي بعض الاحيان يحصل التحام بينه وبين الوريد اللااسم له وربما اعقب ذلك انسداد الوريد بالجلط الدموية وظهور اوزيما تابعية قاصرة على الطرف العلوي اليسار تقتضى امكان تفسيرها في الأكلينك

ويمتد التهاب التامور ايضا الى الطبقة السطحية لعضلة القلب فيكتسب لونا مصفرا باهتا شبيها بورق الشجر الذابل او لونا سنجابيا محمرا كابيا ويصير قوامها رخوا ويشاهد فيها بالميكروسكوب ابتداء الاستحالة الشحمية

(الأعـراض) الالتهاب التاموري التابعي يبتدئ عادة بطريقة غير محسوسة بدون حمى وبدون ألم ولا اضطراب واضح في ضربات القلب والنبض ولا يستدل على وجوده الا بالعلامات الطبيعية التي سنذكرها وأما الالتهاب التاموري الذاتي فانه يبتدئ في الغالب فجأة بقشعريرة خفيفة وحركة حمية والم في قسم القلب واضطرابات في ضربات القلب والنبض

وعلى العموم متى كان الالتهاب حادا يمكن ان يزداد الألم فيه ويكتسب أوصاف الذبحة الصدرية بسبب اشتراك الضفيرة القلبية والعصب الحجابي والخاجوي أو البليورا لأن التهاب التامور وحده ذاته غير مؤلم (بوبو ادييون) واذا حصل في التامور انسكاب بمقدار زائد يحس المريض بضيق وانقباض في الصدر مع عسر في التنفس بحيث لا يمكنه النطق بكلمتين متتابعتين لقصر النفس وتتسع فتحات الأنف بقوة في الشهيق ويرى على سحنته هيئة الرعب والاضطراب ويرجح الرقاد في الفراش بغير وسادة تحت رأسه لأن ارتفاع الرأس ولو قليلا يوجب الاغما وتضطرب ضربات القلب او يحصل خفقان متعب ويصغر النبض ويتواتر ويتقطع وأحيانا ما يحصل عسر في الازدراد ينسبه بعضهم لضغط الانسكاب التاموري على المريء ومتى تزايد الانسكاب في التامور يزداد الضجر ويحصل الاسفيكسيا والسيانوز وترتشح الاطراف السفلى بالاوزيما وتضعف ضربات القلب ويسرع الخطر اذا اشترك مع التهاب التامور التهاب الغشاء الباطن للقلب

والعلامات الطبيعية التي تشاهد في الالتهاب التاموري الحاد هي اولا الاحتكاك الذي يسمع في قسم القلب مدة السيستول فقط واذا امتد الى الدياستول يكون اضعف بكثير عنه مدة السيستول ويختلف صوت الاحتكاك فتارة يكون قويا خشنا جافا واخرى يكون رخويا مخاطيا ولكنه يتميز بسهولة عن نفخ الصمامات

القلبية لأنه أقوى منه ولايتفق مع اللغط القلب دائما وهو محدود محله و لا يتبع اتجاه التيار الدموى ودرجته الاقوى تسمع فى المسافة الثالثة بين الأضلاع محل تقاوب القلب من جدر الصدر وتشتد قوته اذا انحنى المريض الى الأمام قليلا وضغط الطبيب بطرف السماع على جدر الصدر بقوة

ثم أن الاحتكاك السيستولى المذكور قد يكون بسيطا مستمرا وقد يكون جافا مزدوجا حركة ذهاب وإياب ولا يوافق دائما اللغاط القلب فأنه يبتدئ احيانا بعد اللغط الأول وينتهى قبل اللغط الثانى فتسمع حينئذ ثلاثة الغاط فاللغطان الأولان قصيران وهما لغط انقلب السيستولى ولغط الاحتكاك التامورى واللغط الثالث اطول منهما وهو لغط القلب الدياستولى الذى قد يتغطى بالاحتكاك المستطيل وترد الالغاط الثلاثة بهذه الكيفية يعبر عنه بدوى الريح (بوبو) ولا يلتبس بدوى القطا الذى يتركب من ثلاثة الغاط ايضا لكن اللغطين الأولين طويلان واللغط الثالث قصير بعكس دوى الريح

ثم ان الاحتكاك البسيط والمزدوج ودوى الريح قد تستمر بضع اسابيع وقد تزول فى مسافة بضع ايام أو بضع ساعات والسبب فى زوالها هو حصول الانسكاب فى تجويف التامور فتتباعد وريقتاه عن بعضهما ويحل محل الاحتكاك علامات اخرى وهى

اولا اتساع اصمية القلب وتغير شكلها فأنها تارة تصعد الى الضلع الثانى ويصير شكلها مثلثا قاعدته الى اسفل وتارة تمتد الاصمية الى الجهة اليسرى بحيث أنها قد تلتبس بانسكاب بليوراوى وقد يصحبها ازدياد فى رنانية الصدر من الخلف

ثانيا بروز قسم القلب وتوتر المسافات بين الأضلاع الذى قد يصطحب ببروز القسم الشراسيفى و انخفاض الفص اليسارى للكبد

ثالثا ضعف ضربات القلب على جدر الصدر أو فقدها بالكلية ولكن هذه العلامة ليست ثابتة لأن السائل قد يجمع خلف القلب ويعوم القلب فوقه ملامسا لجدر الصدر تقريبا وقد يحس بضربات القلب مع وجود سائل كثير وانما تكون الضربات

الضربات ضعيفة ويحس بها فى المسافة الرابعة بين الاضلاع متباعدة الى الخارج بقليل عن محلها الطبيعى

رابعا سماع الغاط القلب بعيدة عن الأذن وفقدها احيانا اذا كان الانسكاب عزيرا

وفى بعض الأحيان يصحب الانسكاب السائل غازات وفى هذه الحالة تتغير الأصمية القلبية برنانية وبالتسمع يوجد صوت معدنى مصطحب بدوى يشبه دوى الطاحون بسبب ضرب حركات القلب فى الغاز

(السير والمدة والانتهاء) من النادر ان يكون التهاب التامور وحده سببا للموت الذى يكون فى نسبة ١/٢ (لويس) أو أقل من ذلك متى كان الالتهاب دوماتيزميا وأما الالتهاب المتعلق بداء برايت فانه خطر وقد يؤدى الى الهلاك بسرعة بسبب غزارة الانسكاب

ومتى كانت الحالة جيدة تخف الأعراض ويتناقص الانسكاب بالتدريج فتتعادن وريقتا التامور ويعود الاحتكاك المعبر عنه باحتكاك الرجوع ثم تمتص بقايا اللنفا المنعقدة ويستوى سطح التامور ويتم الشفا فى مسافة ١٠ الى ٢٠ يوما والشفا التام نادر والغالب أنه بعد امتصاص الانسكاب يحصل يستمر سطح التامور خشنا ثم يحصل الالتحام بين وريقتيه وهذا يعبر عنه بانكلوز القلب

وانكلوز القلب اما ان يكون تاما عاما أو جزئيا أو مقتصرا على بعض الجهة وحواجز خلاوية لا تمنع حركات القلب فى التامور بالكلية كما سبق شرحه فى الصفات التشريحية

واوصا فه الاكلينيكية لا تستغنى فى الانكلوز الجزئى ولا فى الغير التام وتكون أكثر وضوحا فى الانكلوز التام المصحوب بالتحام التامور بجدر الصدر وهى أولا انجذاب للمسافات بين الأضلاع الرابعة والخامسة الى الداخل وانجذاب القسم الشراسيفى الى اعلاه مدة السيستول

ثانيا عدم تغير حدود الاصمية القلبية مدة الشهيق وكذا مدة تغير اوضاع

المريض جالسا كان أو راقدا على الجنبين

ثالثا اضطراب ضربات القلب التى تتصف بصعوبة السيستول وسهولة الدياستول الذى يعقبه هبوط الاوردة الوداجية فجأة

ويتضاعف انكيلوز القلب غالبا بتمدد البطينات وآفات الصمامات التابعية وعوارضها المعتادة كالاحتقانات والاوزيما والاسفكسيا وشلل السيستول ووقوف القلب الفجائى

ومتى حصل انكيلوز القلب عند الاطفال يشاهد خلاف العلامات السابقة تأخير نمو القلب وينشأ عن ذلك ضعف الدورة والأنيميا الشريانية والاحتقانات الوريدية التى تنتهى بالآفات القلبية لاسيما آفات الميترال وظهور الأعراض الخطرة المتعلقة بهذه الآفات

وفى بعض الاحيان يتضاعف انكيلوز القلب بالتحام التامور بالاحشاء الموجودة فى الحجاب المنصف بحيث يصير القلب والاحشاء المذكورة قطعة واحدة وربما يتسبب عن ذلك ظواهر مخصوصة كالنبض البارادوكسى اى صغر النبض الى درجة غير محسوسة مدة الشهيق بسبب انجذاب الأورطى الى اعلا وزيادة انحناء قوسها الذى يعقبه ضيق قطرها وضعف التيار الدموى فيها موقتاً وامتلاء وتوتر الاوردة الوداجية عوضا عن خلوها بسبب جذب الوريد اللااسم له والابهر الى اعلا مع الكتلة الليفية المتكونة فى الحجاب المنصف

(التشخيص) حيث ان الالتهاب التامورى يبتدى فى الغالب بطريقة غير محسوسة فيجب على الطبيب البحث عن القلب يوميا فى سير الامراض التى تولده وخصوصا فى الروماتيزم وداء برايت وبهذه الطريقة يمكن الاستشعار بالاحتكاك وتشخيص المرض فى مبدئه

ويتميز الاحتكاك التامورى عن نفخ الصمامات القلبية بالاوصاف المذكورة آنفا ويتميز عن الاحتكاك البليوراوى بأن الأخير يمكن ايقافه موقتا بايقاف حركات التنفس بالارادة

ويتميز الانسكاب التاموري عن الانسكاب البليوراوي المتكيس بمجلس الأصمية وشكلها وضعف ضربات القلب وبعد الالغاط عن الاذن ويتميز الانسكاب التاموري عن ضخامة القلب بأن في الضخامة الاصمية تنتهي في حذاء الحافة الانسية العليا للغضروف الرابع من أعلا وفي حذاء قمة القلب من أسفل وأما في الانسكاب البليوراوي فأنها قد تصعد الى الضلع الثاني من أعلا وتخفض عن قمة القلب بكثير من أسفل

وعلى العموم يلزم رسم الاصمية الناشئة من الانسكاب التاموري واتباع تنوعاتها يوميا في الزيادة والنقصان

(الانذار) التهاب التامور الروماتيزمي ليس خطرا في الغالب مالم يتضاعف بالتهاب الغشاء الباطني للقلب وخطره في بقية الأحوال يتعلق بمقدار الانسكاب ونوع المضاعفات البليوراوية والرئوية والقلبية

والتكلون القلب مرض خطر كالتهاب التامور الدرني

(المعالجة) اذا كانت الاعراض الالتهابية شديدة مصحوبة بعسر التنفس والدورة وآلام حادة قوية والشخص دموي يمكن اجراء الفصد الوريدي واستخراج نحو ٤ الى ٥ اوقيات وفي الأحوال الأقل حدة يكتفي بالحجامة الرطبة أو ارسال العلق على قسم القلب واستراحة المريض في الفراش ثم توضع لبخة مدفأة على الصدر ويعطى من الباطن يودور البوتاسيوم مع الديجيتالا أو تستعمل الضمادات الدفاة بمثانة مملوءة بالجليد توضع على قسم القلب وتستعمل الحويلات كالحراريق في دور الاحتكاك وفي ابتداء الانسكابات بعد انصراف الاعراض الحادة ولكن قبل استعمالها يلزم التحقق من سلامة الكليتين وبعضهم يرجح استعمال الحراقة بالطريقة الآتية وهي ان يكتفي بتركيبها مدة قليلة ويعجل بوضع لبخة فوقها لأجل تخفيف المها وتسهيل الافراز الحصول بكثرة

واذا كان الانسكاب مفرطا وخيف على المريض من الموت الفجائي يعمل البذل بواسطة الآلة الماصة ويعمل البط في المسافة الرابعة أو الخامسة بين الأضلاع بعيدا

عن حافة القص بنحو ٥ الى ٦ سنتمتر وتدخل الابرة الدقيقة لمرة ٣ باعوجاف الى اعلا والانسية وبعضهم يبتدئ بفعل شق صغير فى الجلد ثم يفعل البزل ولكن حيث ان محل نقطة البزل هنا بعيدة عن الاوعية والرئة فلا حاجة الى شق الجلد قبل البزل

(المبحث الثانى فى امراض الغشاء الباطن للقلب)

(المسئلة الاولى فى التهاب الغشاء الباطن القلب)

مجلس هذا الالتهاب لغشاء الباطن للقلب وصماماته وهو لا يشاهد ذاتيا أصليا بل يكون فى العادة تابعيا لامراض اخرى ويتسبب عنه فى الغالب تقرحات وازرار واستحالة اسكليروزيه تعيق وظائف القلب والصمامات بدرجات مختلفة وتتخلف عنه سدد سيارة تختلف عواقبها باختلاف نوع الالتهاب فاذا كان الالتهاب حادا بسيطا يعقب سدده اعراضها المعتادة الموضعية واذا كان حادا عفنا فانه يتولد من سدده عوارض تعفن تختلف خطرها باختلاف اهمية العضو المصاب بها ولذلك يسمى النوع الاول بالالتهاب الحاد الحميد ويسمى الثانى بالالتهاب الحاد الخبيث ولنبدأ بشرح كل منهما على انفراده ثم نذكر الالتهاب المزمن وآفات الصمامات على العموم فنقول

(أولا فى الالتهاب الحاد البسيط للغشاء الباطن للقلب)

ويسمى ايضا بالحميد والثألولى وتحت الحاد ويعبر عنه بالبسيط والحميد وان كان يتعلق ايضا بالامراض العفنة بسبب خفة تأثيره على الحالة العمومية للشخص وسيره الاقل خطرا جدا بالنسبة للالتهاب العفن المعبر عنه بالخبيث

(الاسباب) الامراض التى تحدث الالتهاب الباطنى البسيط للقلب عديدة كالحصبة والقرمزية والجدرى والحمى والدفتيريا والكوريا وداء برايت واهم الاسباب هو الروماتزم على العموم وخصوصا الروماتزم المفصلى الحاد (بو يو) ويصاب القلب عادة فى الاسبوع الثانى لحمى الروماتزمية وقد يصاب القلب قبل المفاصل والاطفال اكثر عرضة له من الكهول ويشاهد عادة بين سن البلوغ والثلاثين سنة

التشريح

(التشريح المرضى) يصيب الالتهاب عادة البطين الايسر لأهمية وظيفته فعلاً ولذلك يشاهد بالعكس عند الجنين لأن اصابة قلبه الأيمن أكثر لزيادة أهمية فعله في الحياة الجنينية واصابة الصمام المترالى أكثر من اصابة صمام الاورطى ويبتدئ الالتهاب باحمرار الغشاء الباطن للقلب وانتفاخه ويظهر تشحم الوعائي الشعرى واحتقانه وتسقط الطبقة البشرية السطحية وترتشح الخلايا المبطنة تحتها بنضح الالتهاب وتحبب فيصير سطح الغشاء القلبي خشنا لاسيما في الوجه العلوى لصمام المترال وبالقرب من حافته السائبة وبمرور التيار الدموى عليه ترسب ليفين الدم على البروزات فتكون ازرارا ليفية نصف شفافة وقوامها رخو هش اذا كانت حديثة ثم ترتشح بالنضح الالتهابى والخلايا الجنينية وتتكون فيها أوعية شعرية جديدة وحينئذ تحدث الأزرار الليفية هنا من اجتماع متحصل الالتهاب بليفين الدم التى ترسب على السطح الخشن وهذا مايميز التهاب الغشاء الخاطى الباطنى للقلب عن التهاب الاغشية المصلية على العموم

ثم ان حجم الأزرار الليفية ربما يصل من حجم الدبوس الى حجم البسلة أو أكبر وتكون متفرقة عن بعضها أو مجتمعة كالتوت الأفرنجى أو الثالولة ولهذا يسمى هذا الالتهاب بالالتهاب الثألولى او الليفى وفى بعض الاحيان تحيط الزوائد الثألولية دائرة الحافة السائبة للصمام المترال والاورطى مثل التاج

ومتى تقدم الالتهاب تلين الصمامات وتنتفخ وبالبحث عنها بالميكروسكوب توجد كالزوائد الثألولية مرتشحة بنضح الالتهاب ومحتلة بخلايا جنينية وليفين بكثرة وقد يصحبها بعض ميكروبات وفى بعض الأحيان تحصل تقرحات او انوريزما أو انثقاب الصمامات أو تمزق اوتارها وهذه الآفات نادرة الحصول هنا وتشاهد بالأكثر فى الالتهاب العفن الذى سنذكره وقد تنفصل الأزرار الليفية وينزحها تيار الدم فتكون سددا سيارة تعقبها الاعراض الموضعية الخاصة

(الأعراض والتشخيص) التهاب الغشاء الباطن للقلب البسيط لاتسبقه اعراض هجوم عادة وقد يبتدئ بدون شعور المريض ولا تصحبه حمى ولا آلام واضحة ولهذا يجب على الطبيب الاستقصاء يوميا عن حالة القلب في أحوال الروماتزم لأجل استكشاف الالتهاب عند ظهوره ويتميز بوجود النفخ السيستولى في حذاء قمة القلب الذى يدل على اصابة الصمام المترال والنفخ في حذاء قاعدة القلب الذى يعلن باصابة الصمام الأورطى

ومدة الالتهاب الحاد لاتزيد عادة عن اسبوعين اوثلاثة وينتهى بالتحليل وزوال النفخ أو ينتهى بالحالة المزمنة ويستمر النفخ الى مالانهاية له وفي بعض الأحيان يزول النفخ ولكن لايزال الالتهاب كامنا ويعقبه آفات في الصمام لاتظهر الابعد مضى بضع سنين

(الانذار) الالتهاب الحاد البسيط للغشاء الباطن للقلب في حد ذاته ليس خطرا وانما يتولد منه الخطر في السدد السيارة وفي تشوهات الصمامات

(المعالجة) اذا كان الالتهاب حادا جدا يعمل له الفصد الموضعى بالحجامة والعلق وبقطع الديجيتالا من الباطن واذا كان الالتهاب تحت حاد أو خفيفا كالعادة يلزم استعمال المحولات كالحراريق والمقصا والمداومة عليها بعد الشفاء الظاهرى للتأكد من عدم تحولها الى الحالة المزمنة وتعطى ساليسيلات الصودا في الالتهاب المتعلق بالروماتزم وبعضهم يوصى باستنشاق ابخرة محلول كربونات الصودا $\frac{1}{20}$ أو محلول ملح النوشادر

(ثانيا في الالتهاب الحاد العفن للغشاء الباطن للقلب)

يتصف هذا الالتهاب بحدته الزائدة وتقرحاته وازواره الكبيرة المصحوبة بميكروبات كثيرة وبتأثيره العفن على الحالة العمومية وبانتهائه المحزن في الغالب ولذلك يسمى بالخبيث والتيفودى والتقرحى الزوارى

(الاسباب) ينسب هذا الالتهاب الى نمو الميكروبات وتأثيرها على الغشاء الباطن وتأتى الميكروبات اما من جرح الجلد في اى نقطة أو من فتح خراج أو من حمى النفاس أو من

أو من الامراض العفنة كالروماتيزم والقرمزية والاستصحاص الصديدي والتهاب نخاع العظام والتهاب الرئة الليفي والدفتيريا والجمرة والحمى التيفودية ولا يشاهد في داء برايت ولا في النقرس ولا في الزهري

وقد يحصل الالتهاب العفن عند المرأة في مدة الحمل او عقب الوضع وجروح الرحم ويكون حينئذ أقل خطراً منه عقب حمى النفاس العفن

واذا حصل الالتهاب العفن الباطني للقلب بدون سبب واضح ينسب ظهوره لوصول الميكروبات بواسطة الجهاز التنفسي او الهضمي وحصول هذا المرض عند النساء أكثر من الرجال لاسيما من سن ٢٠ الى ٤٠ وهو نادر عند الأطفال

(التشريح المرضي) مجلس الالتهاب العفن في العادة هو البطين الايسر والصمام المترال والأورطي ولكنه قد يصيب البطين الايمن والصمام الترىكوسبيد والرئوي لاسيما اذا كان تابعاً للالتهاب الرئوي الليفي ويصحبه حينئذ التهاب السحايا في الغالب ووجود البنوموكوك في الدم ويبتدئ الالتهاب العفن كابتداء الالتهاب البسيط باحمرار الغشاء الباطن للقلب وانتفاخه ووضوح تشجر الاوعية ولكن وجود الميكروبات هنا بمقدار وافر تسبب عنه زيادة ارتشاح الصمام المترال وتخلله بخلايا جنينية وسقوط الخلايا البشرية السطحية واستعواضها بطبقة من نضح ليفي متخللة بخلايا بيضاء عديدة وميكروبات شتى تنفذ في غشاء الصمامات وتعين على تقدم آفاته ويتميز الالتهاب العفن بظهور الرسوبات الليفية التي تجعل سطحه خشناً وبنمو ازراره الليفية المفرط واتساع تقرحاته المتلفة

أما الازرار الليفية فأنها تظهر في آن واحد على السطح الاذيني للمترال والسطح البطيني للصمام الاورطي وعلى جدر البطين اعني في المحال التي يمر فيها التيار الدموي على الدوام ويصل حجم الازرار المذكورة الى قدر البسلة أو التوتة الافرنجية أو أكبر وتكون احياناً متحركة مستعدة للانفصال ومن المشاهد ان الأزرار الموجودة في المترال اذا لامست جدر البطين فأنها تحدث في نقطته

الملامسة التهابا نقحيا وظهور طبقة ليفية شبيهة بطبيعة الزر الذى لحدتها وبالبحث عن الازرار بالميكروسكوب توجد متركبة من منسوج جنينى مغطى بطبقة من الليفين محتوية على ميكروبات عديدة اهمها الاستافيلو كوك البرتقالى والمبيضى والاستربتوكوك والبنوموكوك وقد يصحبها بتوما يين وبعض الازرار يكون رخوا فى حالة لين ويكون نسيجها متحببا بالاستحالة الشحمية ومحتويا على بقايا الخلايا المتلاشية وبعض ميكروبات قليلة

وأما التقرحات فانها تبتدئ بتعرية البشرة وتغطية الأدمة بغشاء ليفى مصفر تؤكل النسيج ويغور فيه او يحدث خراجا صغيرا ينفجر فى تجويف القلب وتعقبه انوريزما صغيرة يجلسها فى الغالب بعكس الازرار فى السطح السفلى للصمام المترال والعلوى للصمام الأورطى أوجدر البطين بجوار الصمامات المذكورة اعنى فى المحال التى تقع عليها ضغط الموجة الدموية بقوة وأما اذا غارت التقرحات واتسعت فانه ينشأ عنها تثقب الصمامات وتنهكها وتأكل أوتارها وتقطعها واتصال البطينات ببعضها واتصال البطين بالتامور أوتحصل سماكة وضخامة فى الصمامات من افراط ارتشاحها وتلتصق ببعضها أو بجدر البطين ويعقب هذه الآفات العديدة عدم كفاءة الصمامات أو ضيقها بدرجة مختلفة أو امتزاج الدم الوريدى بالشريانى فى البطينات أو التهاب التامور الخطر

وكل من الازرار الليفية والتقرحات يتولد منه سدد عفنة عديدة تنزحها الدورة وتوزعها على الاحشاء والاطراف ويعقبها خراجات عفنة فى المخ والسحايا والنخاع الشوكى والطحال والكبد ونفس القلب والكلا والامعا والجلد والمفاصل أو يتسبب عنها تسمم عفن وامتلاء الدم بميكروبات لاتحصى

(الاعراض والتشخيص) الاعراض العامة هنا بعكسها فى الالتهاب البسيط اهميتها أكبر من العلامات الطبيعية لانها تظهر فى ابتداء المرض بقوة وتكتسب بسرعة هيئة تيفودية أو عفنة تشبه اعراض الامتصاص الصديدى أو التسمم

التسمم العفن ولكنها تتميز عن الحمى التيفودية والأمراض العفنة المذكورة بوجود الالغاط الغير الطبيعية في حذاء صمامات القلب وسبقها غالبا بالروماتيزم ونضا عفها بظهور العوارض السددية

وباستماع القلب يوجد نفخ بسيط أومزدوج مجلسه القمة أو القاعدة على حسب الصمام المصاب ويكون ذلك النفخ اما خفيفا أوقويا سطحيا أو غائرا خلف انسكاب تاموري تابي ويكتسب النفخ احيانا صوتا موسيقيا يعبر عنه بصوت النونوه (بوبو) ينشأ من اهتزاز الزوائد المتحركة في التيار الدموي كالأزرار اللبفية النامية واوتار الصمامات المقطوعة ووجود النونوه يعلن في العادة بقرب حصول السدد السيارة وعواقبها الخطرة (بوبو) وتتنوع الأعراض طبعا تنوعا لانهاية له على حسب طبيعة الاعضاء التي تصاب بالسدد ولذلك ربما يتشكل المرض ما بالالتهاب السحائي والحمى والكبدي والكلوي والرئوي الخ أو يشبه الحمى الآجامية ونحو ذلك وفي بعض الاحوال يمكن مشاهدة ظواهر السدد في الجلد وفي الغشاء المخاطي للفم والملتحمة والشبكية على هيئة بقع اكيموزيه مركزها مبيض في حذاء السدة الشعرية وتنتهي بالغنغرينا

(السير والانتها والانذار) يختلف سير الالتهاب العفن فاذا كانت الحمى قوية يكون سيره سريعا وينتهي بالهلاك في مدة قصيرة وهذا ما يشاهد متى حصلت اعراض التسمم العفن وأما في الشكل التيفودي فأن المرض قد يستمر مدة بضع اسابيع وينتهي بالهلاك ايضا وفي بعض الأحيان تكون الحرارة أقل ارتفاعا أو يحصل فيها تلطيف وقتي زمنا فزمنا أو تخف وتتلطف الاعراض العامة وتحسن حالة المريض ويشفى الا ان ذلك نادر يعد من سعود المريض

(المعالجة) يعطى للمريض ما امكن من المقويات والمنبهات كالكينا والاشربة والكؤل والقهوة والأمراق واللبن ويضاف لذلك حمض السالسيليك

بمقدار آجم الى ٢ فى اليوم تبعا (لجاكو) أو بافزوات الصودا

(تالفا فى الالتهاب المزمن للغشاء الباطن للقلب)

ويسمى ايضا بالالتهاب الاسكليروزى أو الليفى

(الاسباب) الالتهاب المزمن فى العادة يعقب الالتهاب الحاد البسيط الروماتزمى أو يكون أصليا ويبتدئ بدون استشعار المريض ويستمر كامنا مدة مديدة بحيث يكون الانسان متمتعا بظواهر الصحة التامة عدة سنين قبل ظهور اعراض الآفات الصمامية القلبية وعوارضها عنده

ويتعلق الالتهاب المزمن الأصلى عادة بالنقرس والزهرى والافراط فى المشروبات الكؤلية وسيروز الكبد والكلاه وداء برايت وهو نادر عند الشبان وكثير عند الكهول ويزداد حصوله كلما تقدم الشخص فى السن ويكون عاديا عند الشيوخ المصابين بالاتيروم الشريانى والاسكليروز الحشوى على العموم

(التشريح المرضى) تعرف النقط المصابة من الغشاء الباطن بفقد لمعانها وتيبسها ومتى كان الالتهاب المزمن تابعيا للالتهاب الحاد يتناقص احتقان الشبكة الشعرية الدموية وينصرف بالتدريج ويتناقص الانتفاخ والارتشاح الالتهابى فتصلب الازرار الليفية وتتيبس بعد ان كانت رخوة هشة بسبب ظهور النسيج الاسكليروزى فيها وبامتداد الاسكليروز الى الطبقة الخلوية المرنة لغشاء الصمامات تنمو وتتيبس ويتضاعف الاسكليروز فى الغالب باستحالات شحمية ورسوبات فوسفاتية وكربونية وكلسية ومغنيسية كما يحصل فى الاتيروم الذى يصاحبه فى الغالب

وينشأ من الاسكليروز تشوهات الصمامات اما فتحتها فأنها تصير على هيئة حلقة ليفية تضيق بانكماشها وتصير غير منتظمة وأما نفس الصمام فأنه قد يصير ضخما فيزيد حجمه اضعافا أو ينضم جدا اويلتحم ببعضه أو بجدار البطين وتكون حافته متفرقة أو سميكة أو مزينة بالزوائد والازرار الليفية التى

التي تشاهد غالبا في السطح العلوي للصمام المترالي والسفلي للصمام الأورطي وقد يكون الصمام مثقوبا وأوتاره متيبسة وقد يمتد الاسكليروز الى الأعمدة اللحمية وجدر البطين ويتضاعف فيها ايضا بالاستحالة الشحمية أو الكلسية ويعقب هذه الاستحالات آفات الصمامات على العموم وضيقها وعدم كفايتها وبالبحث عن القلب يوجد ضخما بسبب زيادة فعله لأجل تعادل عواقب آفات صماماته ولكنه ينتهي بالاستحالة الاسكليروزية والاتيروم كغشائه الباطن

وأما الأعراض والانذار والمعالجة هنا فإنها تختص بآفات الصمامات التي سنشرحها

(المبحث الثالث في آفات صمامات القلب على العموم)

(الاسباب) صمامات القلب الأيسر هي الأكثر اصابة لاسيما المترالي وفيه يسبق الضيق عدم الكفاية في الغالب واصابة الصمام الاذيني البطيني الأيمن تعقب اصابة المترالي غالبا كما سنوضح ذلك في الشرح وعدم كفاية المترالي يصحبه في الغالب عدم كفاية صمام الأورطي وقد تصاب صمامات القلب كلها على التعاقب

والاسباب تتعلق عادة بالالتهاب الحاد والمزمن للغشاء الباطن للقلب أو تنشأ من تولدات عارضية كالأورام والأنوريزما والسدد وقد تحدث آفة الصمامات عقب مجهود قوي فيما اذا آل الشخص الى السقوط مثلا ولم يتمكن من التخلص منه الا بفعل مجهود قوي وفي هذه الحالة ربما يتمزق صمام الاورطي أو المترالي وربما استشعر الشخص في وقتها بالألم واضطراب القلب

وفي بعض الأحوال يكون الصمام سليما ولكن فتحته متسعة وهو ما يشاهد غالبا في الصمام التريكوسبيد عقب اعاقة الدورة الرئوية وضغط الدم على البطين الأيسر وكذلك المجهودات القوية في العسكر مثلا ربما يعقبها عدم كفاية المترالي والاستحالة الشحمية للقلب وضعفه الشيخوخي ايضا قد يحدث تمدده وعدم

كفاية صماماته

و يعقب اصابة الصمامات اما ضيقها او عدم كفايتها

اما ضيق فتحة الصمام فالمراد به نقص قطرها فلا يتيسر للموجة الدموية المرور فيها بتمامها واما عدم كفاية الصمام فالمراد به عدم انغلاق فتحته التامة فتتقهقر الموجة الدموية فيه بعضها أو معظمها بدل ان تتقدم بتمامها

(التشريح المرضى) احرار الصمامات وانتفاخها فى الالتهاب الحاد مهما كان خفيفا ينشأ عنه عدم انغلاق الصمام جيدا أى عدم كفايته ومتى انثقب الصمام أو تمزق يصير عدم الكفاية واضحا

واما سماكة الصمام ويبسه وانكماشه الاسكليروزى عقب الالتهاب المزمن فيتسبب عنه فقد مرونته واعاقة وظيفته ومتى اصيبت اوتاره أيضا بالتيبس والسماكة فانها تعيق عدم ظهور الصمام على سطح السائل عند امتلاء البطين بالدم ثم متى انكمشت فتحة الصمام تضيق وتصير غير منتظمة ومتى تكونت فوقها ازرار أو بروزات أو رسبت فيها الأملاح الكلسية تتكون على سطحها بروزات تزيد فى ضيق فتحة الصمام وعدم انتظامها ثم متى التحمت شرائح الصمام ببعضها أو بجدار القلب يزداد الضيق وربما بلغت الفتحة حجم ريشة الاوز أو قربت من الانسداد بالكلية كما شوهد ذلك فى فتحة الشريان الرئوى

وقد يجتمع الضيق مع عدم الكفاية ومثال ذلك اذا انتهك الصمام او انثقب فى الالتهاب الحاد العفن وتكونت عليه ازرار ليفية كبيرة الحجم يتسبب عنها ضيق فتحته واذا حصل انكماش اسكليروزى فى فتحة صمام مثقوب من قبل أو حوافيه متمزقة أو حصل انكماش فتحة الصمام أو انقطعت جميع اوتاره ليصير كقلع المركب فى الهواء فتدفعه الموجة الدموية من الأذين الى البطين ومن البطين الى الاذين

وفى بعض الاحوال يتأكل صمام او اثنان من الصمامات الهلالية لفتحة الأورطى فتتقهقر

فتتقهقر الموجة الدموية كلها أو معظمها مدة الديا ستول
ولاجل تشخيص ضيق الصمامات الاذينية البطينية في الجثة أو عدم كفايتها يقابل اتساعها بالحالة الطبيعية فأنها تسع السبابة او الوسطى غالبا
واما صمام الاورطى فيتضح عدم كفايته بقطع الشريان بعيدا عن القلب ثم يشق البطين الأيسر ويصب الماء في الأورطى فنى للحالة الطبيعية لا يسيل الماء في البطين أو يسيل قليلا وأما في حالة عدم الكفاية فانه يسيل بسرعة وضيق الاورطى سهل للمعاينة بالنظر لآفاته المادية
(تكافؤ الصمامات اى تعادلها) ضيق فتحة الصمام يوجب ضخامة التجويف الذى يسبقه فضيق فتحة الأورطى مثلا يوجب ضخامة البطين اليسارى وضيق المترال يوجب ضخامة الاذين اليسرى واما عدم كفاية الصمام فأنه يوجب تمدد التجويف الذى يسبقه فعدم كفاية الصمام الأورطى مثلا يوجب تمدد القلب الايسر وعدم كفاية المترال يوجب تمدد الاذين اليسارى ولكن تمدد الأذين المذكور يكون خفيفا لأن فقد الصمامات في الاوردة الرئوية يوجب اشتراك الرئتين في تحمل قهقرة الدم والتخفيف عن الاذين اليسرى
وان ازمنت اصابة احدى الصمامات على العموم لابد وأن تنتهى بالتأثير على القلب بتمامه فضيق المترال مثلا يوجب ضخامة الأذين اليسرى لأمكانها من دفع الموجة الدموية في فتحته الضيقة فاذا لم تنفذ الموجة بتمامها تأخر الدم في الرئتين وينشأ من اعاقة الدورة في الرئتين كما في اعاقتها في الالتهاب الشعبى المزمن ضخامة القلب الايمن ثم متى ازمن المرض ينخفض مقدار الدم في الدورة على العموم بنسبة ضيق فتحة المترال فيصغر البطين الايسر ويضمر باقى القلب معه وأما آفة الصمام الأورطى التى تحدث فيه ضيقا وعدم كفاية في آن واحد فأنه يتسبب عنها ضخامة القلب الايسر و تمدده وتعقبه ضخامة الاذين اليسرى وتمددها ثم يتبع ذلك ضخامة القلب الايمن وتمدده فتنتهى الحالة بضخامة القلب بتمامه واكتسابه حجما كبيرا قد

يصل فيه وزنه الى ٤٠ اوقية وزيادة وهذا هو المعبر عنه بضخامة القلب البقرية

ثم أن ضخامة القلب وتمدده في الشروط المذكورة يعبر عنها بالتكافؤ أو التعادل لأن حصوله يكافئ افات الصمامات ويعادلها ويؤخر ظهور عواقبها

هذا ما يختص بالتشريح المرضي للآفات الموضعية وأما الآفات العامة والتابعة فهي عديدة جدا ولا يمكن حصر جميعها ولنذكر المهم منها وهو

(اولا) الآفات الناشئة من السدد

(ثانيا) الآفات الناشئة من فقد السيستول وليس المراد بفقد السيستول هنا وقوفه بل المقصود ضعفه المفرط الذي يكاد أن يكون وقوفا أو شللا

أما السدد فآفاتها تختلف باختلاف مجلسها واهمية العضو المصاب بها وتشاهد بالاكثر في المخ والرئتين والكبد والطحال والكلا وسائر الاعضاء الوعائية وأما فقد السيستول فيعقبه امتلاء الاوردة وتمددها واحتقان الاعضاء الوعائية بدرجات مختلفة وحصول الانزفة ونضح المصل وحصول الاوزيما والانسكابات المصلية في البريتون والبليورا والتامور وتوجد الرئة مصابة بالاحتقان والاوزيما والتيبس الاحمر والنزيف وأوعيتها مصابة بالدوالي والاتيروم ويوجد الكبد مصابا بالاحتقان الجوزالطيبي والمعدة والامعا في حالة احتقان ركودي عام ويوجد الطحال منتفخا أو وزيماويا والكلا كبيرة الحجم محتقنة جدا ويوجد المخ محتقنا وجيوبه ممتلئة بالدم والرحم وجميع الاحشاء في حالة احتقان مصحوب بأكيموزات ونزيف وبورات سددية ويوجد القلب ايضا ضخما ويوجد نسيجه باهتا في حالة استحالة شحمية أو اسكليروزية وتوجد في باطنه جلط دموية بعضها ليفي ملتصق قديم التكوين والبعض رخو حديث التكوين

الأعراض

(الاعراض) تنقسم أعراض آفات الصمامات القلبية الى موضعية مجلسها القلب والأوعية وهي الاهم لانها مرتبطة بنفس آفة القلب والى اعراض عامة تابعة لاضطراب الدورة

وأول ما ينشأ من آفة الصمامات حصول الضخامة المتكافئة التي سبق ذكرها ومتى كانت آفة الصمام متكافئة أو متعادلة يمكن ان يستمر المريض متمتعا بظواهر الصحة التامة وأما اذا ضعف التكافؤ المذكور عقب استحالة القلب واصابته واوعيته بالاسكليروز والاتيروم المضعفة لقوة انقباضاته وتغذيته فحينئذ تظهر الاعراض القلبية فيحصل عسر في التنفس وضيق في الصدر يصحبه خفقان واضطراب في الدورة يتصف بالانيميا الشريانية والاحتقانات الوريدية والارتشاحات المصلية وبتقهقر وظائف التغذية العامة وبازدياد عسر التنفس وضيق الصدر عند الحركة لاسيما في صعود المرتفعات أو السلم ثم يشتد ضيق الصدر ويقع بالليل فيقاسي المريض الارق والسهاد وكلما غفلت عيناه يستيقظ فجأة في حالة اختناق ويلتزم الجلوس ليلا ونهارا ولكونه لا يمكنه الرقاد على أحد جنبيه ولا استراحة رأسه يسند ظهره ورأسه على الوسائد وهو جالس وكلما اضطجع يشتد عسر تنفسه حتى يبلغ الى درجة الاختناق وهذا ما يميز عسر التنفس القلبي من عسر التنفس الجلوسي المتعلق بالالتهاب الرئوي النزلي

ويصحب عسر التنفس القلبي سيانوز انيماوي يخالف السيانوز المتعلق بامراض الحنجرة والالتهاب الشعبي الشعري بعدم احتقان الوجه والملتحمة واليدين ولا يكون السيانوز القلبي مزرقا الا في اتصال القلبين كعدم انسداد ثقب بوتال وقد يشاهد احتقان طرف الأنف وحلمة الاذن والشفتين والذقن والخد احتقانا وريديا وانتفاخ اطراف الاصابع في آفات الصمامات القديمة

وينسب الأرق فى آفات الصمامات الى احتقان المخ الشديد الذى لا يمكن من الاستراحة بالنوم وينسب ازدياد عسر التنفس فى النوم الى احتقان النخاع المستطيل المنوط بوظيفة التنفس وقد يشاهد هنا التنفس الشيم استوكى اى انخفاض حركات التنفس بالتدريج حتى تقف برهة ثم رجوعها الى اصلها ايضا بالتدريج على نوب متكررة

ومجموع الأعراض السابقة يعبر عنه بفقد السيستول أو الكاشيكسيا القلبية التى يصحبها ضعف الاوعية الشعرية وارتخاؤها فى جميع اجزاء الجسم واصابة الاعضاء كلها بالاحتقان أو السدد والأنزفة كالرئة والمخ والكبد والطحال والكلا والجهاز الهضمى واحتقان الرئة ونزيفها يصحب آفات الميترال أكثر من غيرها وهما يحدثان من اعاقة الدورة واصابة الأوعية الشعرية والسدد السيارة الدقيقة ويعرف النفث الدموى بلونه المسود ورائحته الثومية واستمراره مدة مستطيلة (جريزول) وهذا الذى يميزه عن النفث الدموى الشعبى والدرنى واحتقان الكبد الجوزى الطيبى المعبر عنه بالكبد القلبى يعقبه تمدده وتألمه واصفرار الجلد الأكتيرى والرعاف والاستسقاء الزقى احيانا واحتقان الجهاز الهضمى يعقبه اضطراب الهضم وسوءه المعبر عنه بالمعدة القلبية واحتقان الكلا يتسبب عنه ندرة البول وتركزه وظهور الزمل والزلال فيه واحتقان المخ والحلابة يحدث الارق والهذيان أو التشنج

والسدد السيارة التى تصل الى الدماغ يعقبها لينه وانزفته والشلل والأفازيا الخ

وتنضم اعراض هذه الأمراض الى اعراض المرض الاصلى وتزداد الأوزيما والانسكابات المصلية وتتصف بأنها تصيب المحال المنحدرة من الجسم كالأطراف السفلى والبريتون وعند طريح الفراش تصيب الجهة المنحدرة بما فيها الوجه والطرف

المتلوى

العلوي والبليورا ولاتصيب الصفن (فاج) ولاتصل الى درجة الاوزيما والانسكابات المتعلقة بداء برايت وسيروز الكبد

وقد يصاب الجلد الاوزيماوى بالاريثيما والحمرا والغنغرينا بسبب زيادة توتره او تهيجه أو عقب تشريطه الصناعى الذى يفعل لاجل تصريف ارتشاح المصلى هذا ما يخص الاعراض العامة وأما العلامات الطبيعية فأهمها التسمع وأما القرع فانه لايدل على شئ فى آفات نفس الصمامات وانما يدل على ضخامة القلب التابعة وتنحصر علامات التسمع فى شيئين مهمين النفخ وازدواج الالغاط ومن المعلوم ان الغاط القلب الفسيولوجية اثنان اللغط الأول سيستولى يوافق انقباض البطينات وانتلاء الصمامات الاذينية البطينية ويحدث من غلق هذه الصمامات ومن تمدد الشريانين المركزيين بالموجة الدموية فى آن واحد واللغط الثانى دياستولى يوافق ارتخاء البطينات وانغلاق الصمامات الشريانية معا ويحصل من غلق هذه الصمامات ونفوذ الدم فى البطينات وتمددها به فى آن واحد ويعقب اللغطين زمن فترة يسيرة مرتاح فى مدتها القلب بتمامه وبالتسمع فى حذاء قسم القلب اسفل حلمة الثدى وانسيها يوجد اللغط الأول طويلا واضحا ويوجد اللغط الثانى قصيرا وأقل وضوحا وأما بالتسمع فى حذاء قاعدة القلب فى محل اتصال غضروف الضلع الثالث بحافة القص اليمنى فبالعكس اى يوجد اللغط الأول قليل الوضوح غائرا ويوجد اللغط الثانى طويلا واضحا سطحيا فيستنتج من ذلك ان مجلس اللغط الأول فى حذاء قمة القلب ومجلس اللغط الثانى فى حذاء قاعدته ويلزم البحث عن كل منها فى نقطته المخصوصة عند الاستقصاء عنه

(النفخ القلبى) النفخ القلبى هو لغط غير طبيعى يسمع فى حذاء القلب وتختلف اوصافه باختلاف الاحوال فاما ان يكون بسيطا كنفخ المنفاخ أو خشنا كاحتكاك المبرد فى الخشب أو نشر المنشار أو موسيقيا كنونوة الهرة وأما بالنظر لقوته فاما ان يكون خفيفا يكاد ان لايحس به أو قويا واضحا

جداً وأما بالنظر لمدته فاما ان يكون قصيراً سريعاً أو مستطيلاً مستمراً أو غير مستمر بحيث لا يستشعر به في بعض الفترات وقد تتنوع اوصاف النفخ وقوته ومدته في الشخص الواحد على حسب استعداده الوقتي ووجوده لا يختص دائماً باصابة الصمامات فانه يحصل ايضاً في الخلوروز والانيميا ويمكن مشاهدته عقب فعل المجهودات وفي حالة التنبه العصبي الزائد ومدة الخفقان عند بعض الاشخاص المتمتعين بالصحة التامة ولكنه يضمحل بعد استراحتهم

والمهم تعيينه بالنظر الى النفخ القلبي هو محلسه ونسبته مع الانغاط الطبيعية للقلب ولاجل الوصول الى ذلك بالضبط يلزم استعمال المسماع البسيط أو المزدوج ووضع طرفه على الجلد مباشرة والاصغاء جيداً

اما مجلس النفخ فانه يختلف بالنظر للصمام المصاب

فاذا كان مجلس الاصابة الصمام المترالي فان جدر البطين اليسرى توصل النفخ الى نقطة ضربات القلب على جدر الصدر ويسمع حينئذ في حذاء قمة القلب اسفل الثدي ووحشيه قليلاً وحيث ان ضربات القلب تصل الى الضلع للماسي فيمكن سماع النفخ بطول هذا الضلع في الابط والظهر بقرب زاوية اللوح وتجاه الطرف القصي للضلع المذكور الى غاية الزائدة الخنجرية

واما اذا كان مجلس الاصابة فتحة الاورطي فيسمع النفخ في حذائها على اتصال غضروف الضلع الثالث بحافة القص اليمنى فاذا كان في فتحة الصمام ضيق يتصل النفخ بواسطة جدر الاورطي لغاية المسافة الثانية أو الاولى بين الاضلاع اليمنى واما اذا كان بالصمام عدم الكفاية فان النفخ يقتصر على الغضروف الثالث والمسافة الثالثة بين الاضلاع اليمنى أو يتوصل بجدر الأورطي الى جدر البطين اليسارى ومنه الى قمة القلب أو يتوصل من جدر الاورطي الى القص لغاية الزائدة الخنجرية

وأما اذا كان مجلس الاصابة الصمام الاذينى البطينى اليمين فانه يسمع النفخ فى حذائه فى القص فى متوسط المسافة بين طرفى الضلعين الرابعين ويمتد من هذه النقطة الى أسفل الى غاية الزائدة الخنجرية والى جدر الصدر المجاورة

وأما اذا كان محلس الاصابة صمام الشريان الرئوى فانه يسمع النفخ فى حذاء اتصال غضروف الضلع الثالث بحافة القص اليسرى واذا كان السبب ضيق فتحة الصمام يمتد النفخ فى الجهة اليسرى لغاية المسافة الثانية أو الأولى بين الاضلاع واما اذا كان السبب هو عدم كفاية الصمام فان النفخ يسمع فى حافة الغضروف الثالث اليسارى ويتوصل بجدر الشريان الى غاية جدر البطين اليمين ومنه الى النصف السفلى من القص

وأما نسبة النفخ مع الغاط القلب فيلزم اعتبارها بالنسبة لانقباض البطينات اى السيستول فيقال للنفخ سيستولى اذا وافق اللغط الأول السيستولى اى ابتداء معه حال انقباض البطينات وهذا النفخ اما ان يمتد بقدر اللغط الاول فقط أو يستطيل عنه قليلا فى المسافة الفاصلة للغط الأول عن الثانى

ويقال للنفخ دياستولى اذا وافق اللغط الثانى الدياستولى اى ابتداء معه حال ارتخاء البطينات

و يقال للنفخ بعد الدياستولى اذا حصل بعد اللغط الثانى حالا وانتهى فى زمن الراحة بعيدا عن السيستول ويقال للنفخ قبل السيستول اذا حصل فى زمن الراحة واتصل باللغط الأول أو انتهى قبيله

واختلفت الاراء فى التعبير عن سبب النفخ فالبعض يعبر عنه بمرور السائل فى فتحة ضيقة واحتكاكه فى جدرها وتنوع أوصافه على حسب انتظام الفتحة أو تشوهها فى الضيق او عدم الكفاية سواء (لاينك) والبعض يعبر عنه بمرور وسلسول السائل على هيئة عرق رفيع من الفتحة الضيقة فى وسط تجويف اوسع منها وبامتزاج السلسول مع بقية السائل الموجود فى التجويف

تحصل تيارات سائلة فى جميع الاتجاهات يتولد منها صوت النفخ (كويجان) واحيانا يصحب النفخ صوت نونوة الهوة أو موسيقى ينسب الى وجود زوائد متحركة فى البطينات كالأزرار الليفية الناميه واوتار الصمامات المقطوعة مثلا وفى لعوال لعزى يصحبه صوت اهتزازى شبيه بقرّ الهوة يحس به الدلد والأذن سواء كما يشاهد فى ضيق المترال مثلا وينسب الى نفوذ سلسوك الدم من الفتحة الضيقة بسبب ضغط الأذين عليه يمر بقوة فى وسط الدم الموجود فى البطين ويحركه كالدوامة الصغيرة ويحصل صوت اهتزاز السائل بواسطة لمة القلب الحجر والصدد

(ازدواج الالغاط) المقصود بازدواج اللغط انقسامه الى لحنين شبيهاين بسقوط الجاكوش على السندال بعد القرع عليه به بقوة وحيث ان اللغط الواحد فى القلب ينشأ من انغلاق صمامين معا فيشترط لحصول اللغط نقيا انغلاق الصمامين فى آن واحد واذا تقدم احدهما أو تأخر عن الآخر يسمع لهما لغطان عوضا عن واحد وهذا ما يعبّر عنه باللغط المزدوج ولنضرب لذلك مثلا اذا حصل ضيق فى فتحة الصمام المترال يتسبب عنه اعاقة الدورة الرئوية وتمدد وامتلاء الشريان الرئوى بالدم زيادة عن الاورطى ويعقب ذلك تأخير انغلاق صمام الشريان الرئوى عن صمام الأورطى وحصول اللغط المزدوج الدياستولى

وازدواج الالغاط ليس علامة على اصابة الصمامات لأنه قد يحصل ايضا بدونها مثلا اذا امتلأ الاورطى وتوتر فى داء برايت أو امتلأ الشريان الرئوى وتوتر فى الالتهاب الشعبى المزمن يتأخر انغلاق احد الشرايين او يتقدم عن الثانى ويعقب ذلك ازدواج اللغط الدياستولى

وازدواج اللغط السيستولى نادر وينسب الى عدم انقباض البطينين معا ويسمى بلغط المرح أو دوى المرح واما ازدواج اللغط الدياستولى فيسمى بلغط القطا او دوى القطا

(المسير

(السير والمدة والأنتها) لا تستمر اعراض آفات الصمامات دائما على التقدم ببطء لغاية ظهور عوارض الكاشيكسيا القلبية بل تحسن الأعراض من نفسها في بعض الاحيان أو بالمعالجة اللائقة ويقف سير المرض مدة طويلة أو قصيرة وفي احوال أخرى يموت المريض فجأة لاسيما في عدم كفاية الصمام الاورطي أو يصاب بعوارض خطرة كالنزيف الرئوي والدماغي والسدد التي تعجل هلاكه وقد يكون السير سريعا جدا فيصل المرض الى دور الكاشيكسيا القلبية في مسافة بعض أشهر ويموت بعسر التنفس والكوما

(التشخيص) تشخيص آفات الصمامات يعتمد فيه خصوصا على أوصاف النفخ القلبي والنبض وبعض الأعراض الخاصة بالصمام المصاب فيلزم الاعتناء في التسمع واستعمال المسماع البسيط والمزدوج ووضع طرفه على الجلد مباشرة والاصغا جيدا ويبتدأ باستماع النفخ في محله الأهم ثم يلزم تتبعه في محال امتداده وتعيين محلسه بالنسبة للصمامات ومقارنته بالالغاط الطبيعية للقلب وعدم التباسه بالنفخ المتعلق بالانيميا والحميات وتمييز الألغاط المزدوجة المتعلقة بآفة الصمام المترال عن الالغاط الشبيهة بها المتعلقة بداء برايت والالتهاب الشعبي المزمن

وأما النبض فلا يكتفي الطبيب بالبحث عنه بالأصبع بل يلزم استعمال رسامة النبض (اسفيجموجراف) لأجل معرفة أوصافه بالدقة ويلزم مقابلة النبض بضربات القلب ومقارنتها ببعضها بالضبط

وأما الأعراض الخاصة بالصمام المصاب فسنذكرها في محلها قريبا

(الانذار) ضيق الصمام الأورطي لاسيما اذا كان مصحوبا بأتيروم الشريان فانه قد يحدث الموت الفجائي بالاغما

وضيق الصمام المترال بعيد الخطر اذا كان متكافئا ويسمح للمريض بالمعيشة مدة سنين وأما عدم كفاية المترال فانها أكثر خطرا ومع ذلك يمكن تخفيفها بالمعالجة اللائقة وتأخير خطرها وأما اجتماع

الآفتين فإنه أشد خطرا مما ذكر ويليها في الخطر ضيق المترال الغير متكافئ
وعدم كفاية صمام الأورطى هو أشد الجميع خطرا خصوصا اذا اصطحب بتمدد
البطين اليسرى لأنه يحدث للموت الفجائي ويشتد خطره اذا انضاعف بالضيق
والأتيروم ومع ذلك اذا كان متكافئا بدرجة مناسبة ربما يتأخر الموت
بضع سنين واذا انضاعف بعدم كفاية المترال ربما يتلطف نوعا

ويتنوع الانذار بتنوع السن والمعيشة والبنية ففي العموم يكون الانذار
عند النساء أقل خطرا منه عند الرجال بالنظر لمعيشتهن المترفهة واذا كانت
الآفة روماتزمية الأصل تكون أخف عاقبة من الآفة المتعلقة بالاتيروم
باعتبار أن الحالة الأولى تصيب الشبان والكهول والحالة الثانية
تصيب الشيوخ وانه يمكن تكافؤها في الحالة الاولى غالبا بسبب صحة المجموع
العضلي والكليتين وجودة البنية وفي الحالة الثانية يكون القلب مستعدا
للحالة الاتيرومانية كما في الاوعية ولذلك يكون الخطر أقل نوعا عند اقوياء
البنية منه عند الانيماويين والضعفين ثم ان كيفية معيشة المريض
وتيسره أو فقره والاعتناء بالمعالجة او الاهمال فيها والتعرض للأتعاب
والانفعالات النفسانية والافراط بانواعه أو الحرمان وسوء التغذية
كلها اسباب تنوع العاقبة

وأما آفات الشريان الرئوي فضيقه يكون عادة ميلاديا ويوجب السيانوز
ولا يسمح للطفل بالمعيشة واذا بلغ سن الشبوبية تكون صحته دائما
سيئة ويموت بالدرن ومع ذلك فإن كان ضعيفا ربما بلغ المريض الى
سن الخمسين

وضيق الصمام الاذيني البطيني الأيمن يترافق عادة مع ضيق المترال وهو
قليل الخطر وأما عدم كفايته فإنه في العادة يعقب آفات المترال أو اعاقة
الدورة الرئوية وهو يعد كصمام الأمن لهذه الأمراض لأنه يساعد على
تصريف الامتلاء الدموي جهة الأوردة وتخفيفه بالارتشاحات والانسكابات
المصلية

المصلية

(المعالجة) معالجة آفات جميع الصمامات لا يتعرض لنفس آفة الصمام بل لعواقبها وعوارضها الخطرة فيقصد منها (اولا) ادارة قوة القلب وتغذيته وتدبيرها بقدر الامكان (ثانيا) تنظيم ضربات القلب والدورة الشريانية (ثالثا) تخفيف الامتلاء الوريدى والارتشاحات المصلية

اولا ادارة القلب يلزم تخفيف شغل القلب بقدر الامكان وتجنب اضطراب الدورة والمجهودات الجسمية والانفعالات النفسانية ويوصى المريض بالهدو والتؤده فى اعماله وحركاته وتجنب العجلة والغضب والاحتراس من اسباب البرد والنوازل الشعبية والامتناع من المشروبات أو استعمالها بقدر ضعيف لأن الافراط منها يؤثر على الكلا ويا يعجل ظهور داء برايت ويعتنى بالتدبير الغذائى فيؤمر المريض بأكل اللحوم والألبان ويجتنب المشويات والدسم والخضروات البطيئة الهضم على حسب حالة المعدة ويعطى له بعض المنبهات المقويات كالكينا والمركبات الحديدية أو الزرنيخية لأجل تقوية البنية والقلب معا واذا كانت المعدة لا تسمح باستعطاء الأغذية الصلبة فيعطى الالبان والامراق وفى اللبن فائدتان التغذية وادرار البول ويمكن اضافة اللاكتوز اليه لاجل تقوية فعله المدر للبول

(ثانيا تنظيم ضربات القلب) أقوم الأدوية الملطفة لضربات القلب وأحسنها الديجيتالا انما يلزم استعمالها فى بعض أمور مخصوصة ويجتنب استعمالها فى الأحوال المضادة فتستعمل عند وجود ضعف وعدم انتظام فى ضربات القلب سواء كان مصحوبا بخفقان اولا وعند وجود ارتخاء الشرايين ونقص التوتر الفسيولوجى فى دورته ويلزم استعمالها اذا كانت قوة القلب والتوتر الشريانى متزايدين فتستعمل مثلا فى عدم كفاية المترال المصحوب بتمدد القلب وسرعة النبض وعدم انتظامه وقابليته للضغط تحت الأصبع وتستعمل ايضا فى عدم كفاية المترالى المصحوب بضيق

في هيئة صمام الاورطي خصوصا اذا كان النبض رخوا سريعا وغير منتظم ولا تستعمل الديجيتالا في آفة صمام الاورطي المتكافئة بضخامة البطين الايسر والديجيتالا مفعولان الأول انتظام ضربات القلب والثاني ادرار البول

ويلزم الاعتناء جدا في استعمال الديجيتالا ومراعاة فعلها لأنها تؤثر بسرعة عظيمة عند بعض المرضى ويتخزن فعلها وربما اعقب ذلك فقد السيستول أو شلله ويكون السبب متعلقا اما بمقدار الديجيتالا الذي زاد عن الحد أو باستطالة مدة استعمالها زيادة عن اللزوم ولأجل الاحتراس من هذه العواقب الخطرة يمكن مراعاة الأدرار يوميا فانه يزداد عادة عقب تعاطي الديجيتالا الا فاذا حصل فيه نقص ترك استعمال الديجيتالا موقتا

وتستعمل الديجيتالا على هيئة صبغة بمقدار آ جـ أو منقوع (٥٠ر الى ٧٥ر من الورق) او الديجيتالين حبوبا تحتوي على آ ميلليجرام بقدر حبتين أو ثلاثة في اليوم ولأجل تقوية فعلها للادرار يمكن ان تضاف اليها المركبات الزيبقية وبصل العنصل أو تو فق بخلات البوتاسا اوكريمة الطرطير

ويمكن استعواض الديجيتالا بالادوية القلبية الأخرى الحديثة (وهي اولا) الكونفالاريا التي تعطى على هيئة خلاصة من آ الى ٢ جرام أو صبغة من ٣ الى ٤ جرامات في اليوم (سيه) وتأثيرها كالديجيتالا يقوي التوتر الشرياني ويدر البول ونافعة في الاستسقاء الزقي (ثانيا) الاستروفانتوس واصله الفعال المسمى استروفانتين على هيئة صبغة بمقدار ٥ الى ٣٠ نقطة في اليوم وهو يقوي السيستول ومفعوله أقوى من مفعول الديجيتالا ولا يتخزن فعلها وينفع في آفات الميترال الغير المتكافئة (ثالثا) الكافيين على هيئة سترات من ٢٥ ر الجرام واحد أو اثنين في اليوم تستعمل في دور الكاشيكسيا القلبية اذا كان القلب في حالة ارتخاء وضعف شلل والحرارة العامة منخفضة والاستعداد للاغماء قويا والارتشاح المصلي زائدا ويرافق الكافيين حينئذ بالمشروبات الكؤلية والجرعة القلبية أو خلات النوشادر

المنوشادر لاجل انتعاش المريض وتقوية الدورة وحيث ان الكافيين مدر للبول فيساعد ايضا على صرف الارتشاحات

(ثالثا تخفيف الارتشاحات والامتلاء الدموى) ففى الاحوال الخفيفة تعطى المسهلات الملحية كالمياه المعدنية المسهلة وسلفات الصودا وفى الاحوال الثقيلة تعطى المسهلات الشديدة كماء الحياة النمساوى بمقدار ٢٠ الى ٥٠ جم وتعطى مدرات البول كعرق الجنيل واذناب الكوز وخلوت اونترات البوتاسا والنبيذ المدر لبصل العنصل والديجيتالا واللاكتوز بمقدار ٥٠ الى ٣٠٠ جرام ولا تنفع المعرقات هنا واذا لم تنجح المدرات والمسهلات وتزايد الاستسقاء الزقى يعجل بابذله ويؤمر المريض بترك الفراش أو الجلوس لاجل انصراف الارتشاح وتحوله الى الاطراف السفلى واذا تو ترجلدها يمكن دلكه بالزيوت أو تشريطه وتنفيذ الريشة او الابرة المطهرة بالهيب فى النسيج الخلوى تحت الجلد لاجل سهولة سيلان المصل ويعقب استفراغ المصل استراحة المريض وسهولة تنفسه فيتمكن من النوم والاكل ويسهل البول والادرار ويخف انتفاخ الكبد ويتيسر للمريض ترك الفراش بعد ان كان فى درجة الهلاك

وتفعل الاستفراغات الدموية ضد الاحتقان الوريدى المتعب فاذا اشتد الاحتقان الرئوى وكان عسر التنفس جلوسيا وابتدأ السيانوز وظهر النبض فى الأوردة الوداجية وخيف على المريض يعجل بعمل الفصد الوريدى ويعقبه عادة انتعاش المريض ثانيا وبعدها يسهل مفعول المدرات والديجيتالا واذا كان الخطر أقل من ذلك تكون الحجامة أو ارسال العلق واستخراج مقدار كاف من الدم لاجل استراحة المريض

والارق الذى تشكى منه المرضى جدا ضده اعطاء المورفين بمقدار ١٠ر الى ٢ سنتى وتضعف عند النوم واذا لم تقبله المعدة يفعل حقنا تحت الجلد واذا لم تسمح حالة الكلا باستعماله يعطى روح لقمان او الايوسيامين اوتعطى اليارالديهيد والسيلفونال والكلورال اميد ولا يلزم استعمال الكلورال الايدراتى

وقد ينشأ عنه ظهور آلام شديدة كالذبحة الصدرية لاسيما في آفات صمام الأورطى المصحوبة باصابة قوس الأورطى قبل ظهور تمدد القلب والارتشاحات فتسكن هذه الآلام بالنتروجليسرين بمقدار نقطتين أو ثلاثة من المحلول المائي أو نتريت الاميل بقدر نقطتين أو ثلاثة أو البلادونا والمورفين وبعطى برومور البوتاسيوم من جرامين الى اربعة لأجل تخفيف الألم وحصول الادرار

ومن النافع جدا في آفات الصمامات دوام استعمال المقصا على قسم القلب انما تكون المقصا صغيرة ومستمرة لاجل انتظام فعل التحويل

وأما طريقة المعلم اورتيل في معالجة عموم امراض القلب بالجمباز وصعود العوالي فيلزم رفض اتباعها لأنها ليست مبنية على نتائج فسلوجية ولا اكلينيكية مقبولة وينشأ عنها زيادة العوارض القلبية وتعب المريض غالبا

﴿ المبحث الرابع في آفات صمامات القلب على العموم ﴾

(اولا في آفات الصمام المترال)

آفات المترال على نوعين الضيق وعدم الكفاية وقد تكون منفردة ولكنها تكون في الغالب متحدة

(اولا ضيق فتحة المترال) الضيق الصرف نادر الحصول ومتى استطالت مدته لابد وان يتضاعف بعدم الكفاية لأن ضيق الفتحة يؤثر على قاعدة الصمام ويغير وضعه واتجاهه فلا يمكن غلق فتحته غلقا تاما ويشاهد الضيق الصرف في الغالب بين سن ١٥ و ٢٥ (ديروزيه)

وينشأ الضيق المترالي من الالتهاب المزمن الروماتزمي الاسكليروزي للغشاء الباطن للقلب وقد يكون غير التهابي ويشاهد في الشيخوخة لاسيما عند النساء وفي داء برايت

وتكتسب فتحة المترال في الضيق اما شكلا خطيا شبيها بعروة الزر أو تلتصق شرفتا الصمام ببعضهما تاركين في الوسط فتحة ضيقة وبدوام ضغط الدم على

على الوجه العلوى وجذب الأوتار الصمامية المنبسة على الوجه السفلى يكتسب الصمام شكل القمع
وتختلف درجة ضيق الصمام فبعد ان كانت فتحته تسع ابهام الكهل (قطرها ١٢ ميلليمتر) تصغر حتى قد لا تسع ريشة الأوز الابيض
ويعقب ضيق المترال نقصان فى مقدار الدم الوارد الى البطين وامتلاء الأذين اليسرى فتصير الأذين ضخمة ابتداء وفيما بعد تتمدد فتتزاحم الدورة الرئوية ويتأثر البطين الايمن ولا تحصل هذه النتيجة الابطئ فى مسافة عدة سنين مالم يتضاعف الضيق بعدم الكفاية الذى يعجل سرعة سير المرض
ويصحب ضيق المترال نفخ يسمع فى قمة القلب ويكون دياستوليا على رأى البعض ولكنه فى العادة قبل سيستولى اى يبتدئ فى زمن الراحة ويتصل بلغط السيستولى أو ينتهى قبله ببرهة ويفسر ذلك بأنه من حيث ان النفخ ينشأ من مرور الدم فى فتحة المترال الضيقة وامتزاجه فى البطين فاذا لم يتم فراغ الأذين اليسرى من الموجة الدموية قبل ابتداء السيستول يتصل النفخ طبعا باللغط السيستولى واما اذا تفرغت الأذين من الدم قبل السيستول فينتهى النفخ قبله أيضا
ويتصف نفخ ضيق المترال بكونه قويا غالبا شبيها بحك المبرد تزداد قوته بالتدريج وينتهى بغتة وقت السيستول ومن أوصافه انه مع خشونته وقوته لا يمتد بعيدا عن قمة القلب ويصحبه غالبا صوت الارتعاش الهرى الذى سبق توضيحه وقد يصحبه نفخ خفيف فى اللغط الثانى أو زيادة فى قوة اللغط المذكور تسمع فى محلها وحذاء قاعدة القلب
ومتى ازمن ضيق المترال يتسبب عنه ازدواج الألغاط بسبب تنوع نسبة القلبين فترى الاذينات والبطينات مصابة بضخامة أو تمدد مختلفين وتجد البطين الايسر والأورطى غير ممتلئين بالدم حالة كون البطين الايمن والشريان الرئوى ممتلئين بالدم فقد ينشأ من ذلك عدم توافق

انقباض البطينات أو عدم توافق انغلاق الصمامات الشريانية في الغالب ولذلك يحصل ازدواج اللغط الثاني بكثرة ولا يصحبه ازدواج اللغط الأول الا في بعض الاحوال

ووجود النفخ بالاوصاف المذكورة يكفي لتشخيص ضيق المترال وقد يغيب في بعض الاحيان بالكلية مدة أو يصير بسيطا خفيفا جدا لا يكاد يحس به وفي هذه الحالة وجود صوت اهتزاز قراءة القط وازدواج اللغط الثاني وزيادة قوته تدل بوجه التقريب على وجود الضيق

ولا يلتبس نفخ ضيق المترال بالنفخ المتعلق بعدم كفاية صمام الأورطى الذى يسمع احيانا في القمة لأن النفخ الأخير يتميز بكونه بسيطا كنفخ المنفاخ عديم الخشونة أو موسيقيا ويصحبه تمدد في البطين اليسرى وتنوع مخصوص في النبض يمكن تعيينه بوساطة النبض بالدقة كما سنذكره في محله

وانما تضاعف ضيق المترال بعدم كفاية الصمام كما هو الغالب يجد أن نفخ الضيق عوض اتصاله بلغط السيستول يتصل بنفخ سيستولي يمكن التباسه بنفخ عدم الكفاية المستطيل ويحتاج الى زيادة الدقة للفرق بينهما ويتوصل الى ذلك بتعيين نسبتهما مع ضربات القلب فيبتدأ بتعيين محل ضربات القلب إما بالأصبع أو بوضع المسماع بخفة على قمة القلب بحيث لا يسمع الا ضرباته دون النفخ ثم يضغط على المسماع بالأذن لأجل سماع النفخ وتمييز جزئه الذى يسبق الضربات عن الجزء الذى يعقبها ولا يصح استعمال النبض بدل ضربات القلب للمقابلة لان النبض قابل للتأخر عن الضربات

وحيث ان ضيق المترال تعقبه ضخامة البطين اليمنى فان قمة القلب توجد حينئذ محولة ومنخفضة في المسافة الخامسة أو السادسة بين الاضلاع وانسى حلمة الثدى او بقرب الغضروف القسم الشراسيفي

وأما النبض فلا تتغير نظامه في ضيق المترال البسيط ولكنه يصير رفيعا ضعيفا سريعا ومتى تضاعف الضيق بعدم الكفاية يصير النبض غير منتظم متقطعا

متقطعا وقابلا للضغط وتشاهد هذه الاوصاف بالدقة برسامة النبض
فيرى في الضيق البسيط ان الخط الصاعد صغير منحرف قليلا وقمته كالذروتموجات
المرونة الشريانية مفقودة واما تموج الرجوع فهو محفوظ واما في الضيق
المصحوب بعدم الكفاية فينضم الى ماذكر اوصاف رسم هذه الآفة الموضحة بعد
ويصحب ضيق المتوالد عسر التنفس والخفقان ونفث دموي ولا تتسبب عنه
او زيما ولا انسكابات مصلية مالم يتضاعف بعدم الكفاية
(ثانيا عدم كفاية المترال) وهو الاكثر حصولا من جميع آفات الصمامات ولا يتعلق
دائما بآفة عضوية لانه ربما يكون وظيفيا صرفا ومن النادر مشاهدته منفردا
ويكون في الغالب مصحوبا بضيق المترال
وعدم الكفاية الوظيفي ينشأ من كبر الفتحة بالنسبة للصمام فلا يكفي لغلقها ويفسر
حصول ذلك بالاستعداد المتشرح الخصوصي بالفتحة الاذينية البطينية
فان هذه الفتحة ليست مزينة بحلقة ليفية كفتحة الصمامات النصف
هلالية بل هي متكونة من الياف العضلة البطينية وتضيق مع السستول كي
يسهل غلقها بالصمام فاذا لم تنقبض دائرة الفتحة مع السستول لا يكفي المترال
لغلقها غلقا تاما وينتج عدم الكفاية زيادة اذا اصيب البطين اليسرى
بالتمدد ويصحب عدم الكفاية هنا نفخ بسيط في القمة لا يمتد الى زاوية
اللوح اليسرى ولا تحت الابط ويشاهد عدم الكفاية المذكور في داء برايت
وفي الكوريا وفي الانيميا ويصحبه في الانيميا نفخ في القاعدة ايضا وقد يمكن
تفسير حصوله في هذه الامراض بتمدد البطين اليسرى أو ضعف اليافه
العضلية ولكن يصعب في التعبير
وأما عدم الكفاية المتعلق بآفة عضوية فانه يصيب الاطفال اكثر من
غيرهم ويعقب الالتهاب الحاد أو المزمن الروماتيزمي للغشاء الباطن للقلب
ويبتدئ متى تكونت الزوائد الليفية في حافة الصمام واعاقت تقابل شرفتيه
تقابلا محكما أو متى انكمش الصمام أو انثنى على بعضه أو تمزق أو نشوه بالالتصاقات

او قصرت اوتاره وتيبست أو تثقب بالتقرحات الالتهابية

ويصحب عدم كفاية المترال نفخ بسيط كنفخ المنفاخ سيستولي يسمع في القمة ويمتد بطول الضلع الخامس الى تحت الابط وزاوية اللوح اليسارى ومن الأمام الى حافة القص والنفخ هنا وان كان متجها من البطين الى الاذين الا ان الاذين يوصله للبطين والبطين يوصله الى جدر الصدر بواسطة القمة لأن جدر القلب الصلبة موصلة جيدا للأصوات أكثر من الدم السائل

ومتى تضاعف عدم كفاية المترال بضخامة القلب تحول قمته الى اليسار وحتى الحلمة والى أسفل في المسافة السادسة أو السابعة بين الاضلاع ولتوتر امتلاء الشريان الرئوي تتسبب عنه زيادة قوة اللفظ الثاني ويكون النبض في عدم كفاية المترال متواترا غير متساو وغير منتظم جدا قابلا للضغط ومتقطعا تقطعا واضحا بحيث تفقد منه نبضة أو ثنتان أو ثلاث ولا يكون رفيعا ولا مزدوجا ويحصل عدم تساويه بسبب عدم تساوي قوة السيستول وقابليته للضغط تنشأ من امتلاء الشريان بالدم امتلاء غير تام

وبالبحث عن النبض بالآلة الرسامة يوجد أن خطه الصاعد غير منتظم جدا في الاتجاه والطول وتوجد تموجات المرونة الشريانية مفقودة ولا يوجد أثر لتموجات التقهقر أو تمضى بعض النبضات بدون رسم لضعفها أو فقدها التام وباستماع ضربات القلب توجد غير مستوية وغير منتظمة ومتعلقة وقد يحصل عدم انتظام الضربات الى درجة تفوق الحد جدا كأن القلب في حالة اتاكسيا ويعقب تقطع ضربات القلب طبعا تقطع النبض أي متى فقد السيستول مرة يفتقد النبض معه وهذا ما يعبر عنه بالتقطع الحقيقي أو التام وقد يحصل السيستول بدرجة ضعيفة جدا فلا يمكنه دفع الدم في الشرايين فلا يحس بالنبض فيها وهذا ما يعبر عنه بالتقطع الكاذب أو الغير التام أو عثرة القلب (بوبو)

وأما عدم الكفاية المرهوق بضيق المترال فيتصف باجتماع العلامات الخاصة

بكل

بكل منهما والعادة ان علامات عدم الكفاية تغطى على علامات الضيق
ويصحب عدم الكفاية فى المترال عسر التنفس الشديد والجلوس بدرجة أقل
منها فى آفة صمام الأورطى ويصحب الانيميا الشريانية فيه احتقان وريدى
ينشأ عنه زرقة الشفتين والخد والأنف والأذن وأما اليرقان والنفث
الدموى فهما أقل حصولا هنا منهما فى ضيق المترال أو آفة صمام الأورطى
وأما الارتشاحات المصلية والاستسقاء فهما أكثر حصولا هنا
ومتى استمر عدم الكفاية مدة فإنه تنشأ عنه اعاقة الدورة الرئوية وتوتر
الشريان الرئوى وامتلاؤه بالدم وضخامة البطين الايمن وعدم كفاية
الصمام الشريانى الرئوى فيما بعد ويعقب ذلك حصول النبض الوريدى
الذى يحس به فى الوداجين ابتداء ثم فى الكبد عند انقباض البطين اليمنى
الذى لا يمكنه دفع الدم فى الرئتين لتوترهما فيدفع الدم جهة الأجوفين
دفعا قهقريا يتسبب عنه النبض الوداجى والكبدى ومن ازدحام الدورة الوريدية
فى الاجوف السفلى يحتقن الكبد الاحتقان الجوزى الطبى ويصحبه اليرقان
ويحتقن المعدة وتتكسب فيها نقط ابكيموزية ويحتقن الطحال ويصير
متينا ويحتقن الكلا فيتركز البول ويصير رمليا أو زلاليا ويحصل الارتشاح
المصلى فى الطحال الخلوى تحت الجلد وفى التجاويف المصلية

(ثانيا فى آفات الصمام الأورطى)

آفات الصمام الاورطى على نوعين الضيق وعدم الكفاية وهى تنشأ اما من
التهاب الغشاء الباطن للقلب وتعقب الروماتزم أو تنشأ من آفات الأورطى
وهو الغالب كالتهاب الأورطى الصاعدة وانيزوما الذى يحصل عند الشيوخ
والمدمنين على الخمر وانوريزماتها وتمددها المغزلى ونحو ذلك
(أولا ضيق صمام الأورطى) ضيق فتحة الأورطى يعقب الروماتزم غالبا عند
الشبان ويصحبه نفخ سيستولى فى القاعدة فى المسافة الثانية بين
الاضلاع اليمنى وما فوقها والى الترقوة احيانا ويتصف بقوته واهتزازاته

وخشونته كالمبرد ويمتد بطول الاورطى ويمكن سماعه فى حذاء الأورطى النازلة فى المسافة بين اللوحين ويصحبه ضخامة فى القلب ولكن يستمر النبض صغيرا بطيئا ولا تشاهد فى رسمه تموجات واضحة وأعراضه العامة خفيفة وربما تستمر الحياة مدة مستطيلة وقد يحصل الموت الفجائى عقب المجهودات والانفعالات النفسية ونحوها

ومن النادر مشاهدة ضيق فتحة الأورطى وحده وهو أندر آفات القلب الايسر وفى العادة يوجد مرفوقا بعدم الكفاية

(ثانيا عدم كفاية صمام الأورطى) عدم كفاية الصمام الأورطى إما أن يكون متعلقا بالتهاب القلب وآفات المرة التى سبق ذكرها وحينئذ يصحبه الضيق غالبا وإما أن يتعلق بتمدد الأورطى وان تخلو جدره وحينئذ يكون منفردا عادة ويصحب عدم الكفاية ضخامة وتمدد فى البطين اليسرى خصوصا اذا توافق بضيق فتحة الصمام لأن الضيق يزيد الضخامة وعدم الكفاية يزيد التمدد وقد يصل القلب حينئذ الى حجم القلب البقرى ويتسبب عن ضخامة القلب فى آفات الصمام الأورطى تقبب قسم القلب وامتداد اصمته وقوة ضرباته التى يحس بها منخفضة فى المسافة السادسة أو السابعة بين الاضلاع

ويتصف النبض فى عدم الكفاية الاورطية بأنه وثاب هراب تحت الأصبع أى انه يضرب الأصبع بقوة فجائية ثم ينصرف ايضا فجأة بحيث يسهل الضغط على الشريان الذى يحس بر فارغا بعده وتكون رؤية هيئته جيدا فى رسامة النبض فيوجد خط الصعود سريعا عاموديا ومستطيلا وقمته حادة وتوجد تموجات المرونة الشريانية واضحة جدا وأما موجة التقهقر فتكون مفقودة وتفسر ظواهر النبض هنا بقوة دفع الموجة الدموية فى الشرايين بسبب تحول القلب الضخم فتدفع الموجة الدموية جدر الشرايين المرنة ثم تهبط الشرايين بسرعة بسبب رجوع الدم القهقرى من الأورطى للبطين اليسرى حيث ان فتحة صمامها المفتوحة لا تسمح بذلك وتتضح اوصاف النبض المذكورة

المذكورة برفع ذراع المريض والبحث عن نبضه فيحس بضربة النبض القوية وبهروب الدم ثانيا حالا حيث ان رفع الذراع يساعد على سرعة نزول الدم بثقله واحيانا يتسبب من قوة دفع الموجة الدموية رؤية النبضات في الشرايين الكبيرة بالعين العارية كالشريان السباتي أو الذراعي حال مروره في ثنية المرفق وقد يصل النبض الى الاوعية الشعرية ويمكن مشاهدته في الشبكية بالمنظار العيني وتحت الاظافر ايضا فتحمر مدة السيستول وتبهت في الدياستول ويمكن مشاهدة ذلك في اليد أو الجبهة متى صار ذلك جلدها لاجل احمراره وارتخاء الأوعية الشعرية

وبالتسمع يوجد نفخ دياستولي ينطبق على اللغط الثاني يعبر عنه بنفخ الرجوع لأنه ينشأ من رجوع جزء من الدم من الأورطي في البطين اليسرى ولذلك يسمع خلف القص الى حد الزاوية الخنجرية أو قمة القلب ويكون قويا موسيقيا مستطيلا ولا يكون خشنا نشريا الا في النادر جدا ويمكن سماعه في جدر الصدر في امتداد عظيم وقد يسمع على بعد ويمتد ايضا الى مسافة كبيرة في الشرايين كالسباتي والفخذي وباستماعها يحس تحت المسماع بنفخ مزدوج النفخ الأول هو النفخ الشرياني الطبيعي الناشئ من مرور الدم المدفوع بالسيستول والنفخ الثاني الأخف من الأول هو نفخ الرجوع الناشئ من تقهقر الدم نحو البطين اليسرى مدة الدياستول واذا لم يحس بالنفخ يلزم الضغط بخفة بالمسماع على جدر الشريان لاجل ضيق قطره والاستشعار بالنفخ

ووجود نفخ الرجوع المذكور مع النبض الوثاب الهراب يكون واضحا جدا متى كان عدم الكفاية منفردا ويقل وضوحه اذا رافقه ضيق فتحة الصمام لأن الموجة المدفوعة وموجة الرجوع لايجدان الطريق سالكا كما كان قبلا

والأعراض العامة تكون قليلة الوضوح متى كانت آفة الصمام مكافئة ومعادلة لضخامة القلب وتمدده ولا يشاهد عند المصاب بعدم الكفاية المتكافئة الا ظواهر الأنيميا الشريانية بغير احتقان وريدي لأن رجوع الدم المتقهقر يوجب ضعف التغذية وبهاتة لون المريض بدون ارتشاح ولا انسكابات

مصلية ولا استسقاء ولا يرقان ولا بول زلالى وانما متى تزايد مفعول القلب
عن الحد يحدث احتقانات فى الرأس ورعافا وعسرا فى التنفس خصوصا وقت الحركة
وصداعا وضربانا فى الصدغين ودوخانا وطنينا فى الأذنين ومتى ارتاح المريض
تنصرف هذه الأعراض وتعود الصحة والشهية بدرجة مناسبة
وبعض المرضى يشتكى بآلام فى القلب وميل الى الاغما وقد يكتسب هيئة الذبحة
الصدرية وهذا يدل على مرافقة آفة الصمام بآفة فى الأورطى والضفيرة القلبية
وفيما بعد اذا تعب القلب وضعفت قواه عقب الانيميا العامة وضعف الهضم
والتغذية العامة او عقب تمدد القلب المفرط وانيروم الشرايين التاجية
واستحالتها الشحمية تضطرب الدورة العامة وتحصل الاحتقانات الوريدية
والارتشاحات المصلية واعراض الشلل السيستولى اى فقده
والمهم التنبيه عليه هنا هو أن اغلب المرضى لا يصل الى درجة الكاشيكسيا
القلبية هنا بل يهلك غالبا بموت فجائى وينسب الموت هنا تبعا لبعضهم الى
عدم كفاية الدورة التاجية (موريس) أو الى الذبحة الصدرية (بيتى)
ولا توافق الديجيتالا آفات الصمام الأورطى بل تستعمل الحراريق والمقصات
أو ارسال العلق والجليد على الصدر ويودور البوتاسيوم
(ثالثا فى آفات الصمام الاذينى البطينى الأيمن)
الاصابات الالتهابية لهذا الصمام تحصل غالبا مدة الحياة الجنينية وأما بعد
الولادة فيندر حصولها جدا ولذلك لا ينشأ عدم صنق هذا الصمام الا فى
احوال استثنائية والعادة انه يتبع ضيق المترالى فى الروماتيزم واصابة
النساء به أكثر والعلامة الدالة عليه هو حصول نفخ قبل سيستولى بمجلسه وسط
القص بين غضروفى الضلعين الرابعين ويمكن امتداده الى الزائدة الخنجرية
واعراضه العامة اهمها السيانوز والاحتقانات الحشوية والارتشاحات
المصلية والاستسقاء ولا ينشأ عنه فيه النبض الوريدى
وأما عدم كفاية الصمام الاذينى البطينى الأيمن فأنه ينشأ غالبا من اسباب
ميخانيكية

ميخانيكية كتمدد البطين الأيمن عقب اعاقة الدورة الرئوية فى الانفيزيما والربو والالتهاب الشعبى المزمن أوعقب اصابة صمام الميترال أوعقب التهاب التامور وانكليوز القلب أوعقب الحميات الثقيلة التى يعقبها ضعف شلل القلب وقد يحصل عدم الكفاية وقتيا فى هذا الصمام عقب الجرى أوصعود السلم بسرعة أو عقب الانفعالات النفسانية التى تسرع الدورة وتزيد الامتلاء الوعائى فى الرئتين ويزول بعد الاستراحة ويتصف عدم كفاية هذا الصمام بنفخ سيستولى يسمع فى وسط القص بقرب الزائدة الخنجرية ويكون أقل وضوحا من النفخ الميترالى ولكن يصعب سماعه بسبب الامراض الرئوية الشعبية التى تصحبه فإن خراخرها تغطى عليه وتبرقعه واعراضه مجلسها الدورة الوريدية خصوصا لأن هذا الصمام يعتبر كصمام أمن للدورة المذكورة واهمها النبض الوريدى الذى يحصل فى الوداجين والكبد والنبض الوداجى القلبى يتميز عن التنفسى بأن التنفسى يحصل مدة الشهيق ويمكن ايقافه بايقاف التنفس برهة وأما النبض القلبى فأنه يوافق السيستول وقد يكون النبض الوداجى مزدوجا والنبضة الأولى توافق السيستول والنبضة الثانية توافق انقباض الاذين اليمنى وأما النبض الكبدى فيحس به بضغط الجدر البطنية فى حذاء الاضلاع الكاذبة اليمنى ووجود هذه الأعراض يدل بالحطى لأنها تسبق الشلل السيستولى بقليل (ريف)

(رابعا فى آفات الصمام الشريانى الرئوى)

ضيق هذا الصمام اما ان يكون ميلاديا ويصحبه عادة اتصال البطينين ببعضهما واما ان يحصل فى سن الشبوبية والكهولية ولكنه نادر جدا واسبابه الروماتيزم والالتهابات المزمنة للشريان الرئوى والغشاء الباطنى للقلب ويعقبه ضخامة فى القلب الايمن واعاقة فى الدورة الرئوية فيعسر التنفس ويتسبب عنه عادة السل الرئوى الحاد والجبن ويتصف ضيق هذا الصمام بنفخ سيستولى يسمع فى المسافة الثانية بين الاضلاع اليسرى وقد يمتد

الى الترقوة

وأما علامة كفاية الصمام الشرياني الرئوي فهو الاندر حصولا من آفات صمامات القلب الأيمن وتكون عادة ميلادية أو تحصل فيما بعد عقب الالتهاب الحاد والمزمن للغشاء الباطن للقلب ويتصف بنفخ دياستولي يسمع في المسافة الثانية بين الاضلاع اليسرى ويمتد بطول القص من أعلا الى أسفل

(المبحث الخامس في الداء الأزرق أو السيانوزي)

هذا المرض ينشأ من اختلاط الدم الوريدي والشرياني بسبب تشوه ميلادي في القلب ويتصف بتلون الجلد والأغشية المخاطية بلون سيانوزي يصحبه عسر في التنفس ونوب اختناق وبطء في الحركة والمعقولية والاحساس بالبرودة الفائقة الحد

(التشريح المرضي) ينشأ التشوه اما من وقوف النمو الخلقي أو من التهاب الغشاء الباطن لقلب الجنين أو الشريان الرئوي

أما وقوف النمو فيعقبه اما قلب منفرد متكون من اذين وبطين فقط والمصاب بهذا التشوه قد لا يعيش بعد الولادة بل يموت حال الوضع أو بعده ببعض أيام واما ان يكون ذلك القلب متكونا من أذينين وبطين واحد وربما يعيش الطفل بضع اسابيع واما ان تكون التجاويف الاربعة للقلب موجودة والاذينان والبطينان متصلان ببعضهما وربما يعيش الطفل بضع اشهر واما ان تكون البطينات تامة التكوين والاذينات متصلة ببعضها بثقب بوتال والشريان الرئوي متصلا بالأورطى بالقناة الشريانية أو يكون ثقب بوتال وحده مفتوحا وفي هذه الحالة ربما يعيش الطفل الى ان يصل الى سن الشبوبية أو الكهولية وقد عاش البعض الى سن الخمسين ويصحب هذه الآفات عادة ضيق في الشريان الرئوي او انسداد فتحته البطينية وفي هذه الحالة يستعوض بالقناة الشريانية التي توصل الدم الى الرئة

وأما التهاب الغشاء الباطن للقلب والشريان الرئوي فهو كثير الحصول في الحياة

في الحياة الجنينية ويمكن ان ينسب أليه انفصال البطينات ببعضها واستمرار ثقب بوتال والقناة الشريانية وينسب ذلك بأنه يعقب الالتهاب ضيق وانسداد فتحة الشريان الرئوي فيستمر اندفاع الموجة الدموية من القلب الايمن في فتحة الحجاب الحاجز بينه وبين القلب الأيسر فيتأخر انسداده ويرجع الدم ايضا من الاذين اليمنى الى اليسرى ومنها الى القلب الايسر ثم الى الاورطى ومن الأورطى في القناة الشريانية حتى يصل الى الرئتين وتسمى هذه الدورة المعيبة وسالكها الغير الطبيعية الى وقت الولادة

(الأعـراض) يعقب امتزاج الدم الشرياني بالوريدي تلون الجلد والأغشية المخاطية بلون ازرق ظاهر خصوصا في الشفتين والأنف والخد والأذن واطراف الاصابع واللسان والبلعوم ويتنا قص لونه مدة النوم والاستراحة ويتزايد مدة صراخ الطفل او فعل المجهودات وتكتسب اطراف الاصابع غلظا واصفا في السلامية الظفرية ويصير الظفر عريضا ثخينا ومنحنيا كالمخالب وأما التنفس فأنه يكون متعسرا قصيرا والصوت رفيعا ضعيفا متقطعا ولا يمكن المريض الاشتغال ولا الشغل لأن أقل مجهود يحرك الخفقان ويزيد صعوبة التنفس ويوجب الاغما ولا يتحمل الجسم البرودة ويميل المريض الى بالنعس والتنبلة والسكون كالحيوانات ذوات الدم البارد ويفسر ذلك بقلة مقدار الأوكسجين المحيون للدم والأنسجة

(الأنذار) مدة حياة المصابين بالداء الازرق تختلف باختلاف نوع الآفة ونوع المضاعفات ويهلك المريض بالأسفكسيا أو الاغماء أو الدرن أو بالاصابات الشعبية أو الرئوية التي تضاعف مرضه في أغلب الأحوال ويموت المريض في سن الطفولية غالبا أو عقب الولادة فورا وقد يصل الى سن الشبوبية أو الكهولية وهو نادر

(التشخيص) بالبحث عن القلب يصعب وجود علامات خاصة واضحة فيكون البطين الايمن متمددا وا صمية القلب متسعة ويحس فيه بنفخ

واهتزاز قوارة الحس ويكون النبض سيستوليا ومجلسه قمة القلب أو خلف القص أو في حذاء الفقرة الرابعة الظهرية ولكن لا ثبات لهذه العلامات وبمراعاة الاعراض العامة وسن المريض يمكن تقريب التشخيص على وجه العموم

(المعالجة) متى كان الطفل مصابا بالداء الازرق يلزم تدفئته وتدثيره بالملابس الصوف وعدم تعريضه للتغيرات الجوية وتدارك صراخه بقدر الامكان وعدم التصريح له باللعب كباقي الاطفال والاعتناء في التغذية واذا حصلت له نوب تشنج يمكن تركيب بعض العلق على صدغيه بدون افراط في الدم وأما الخفقان وعسر التنفس والنوازل الشعبية واضطراب الهضم وما اشبه ذلك من العوارض التي تصيب الطفل فيلزم معالجتها وقتيا بما يوافقها من العلاجات الطبيعية

(المبحث السادس في امراض الطبقة العضلية للقلب)

تتضمن هذه الامراض الالتهاب والضخامة وتمدد القلب وعواقب الآفات المذكورة

(المسئلة الأولى في التهاب الطبقة العضلية للقلب)

هذا الالتهاب قسمه (ويرشو) الى قسمين التهاب المنسوج العضلي الذي يشمل الاستحالة الشحمية ويسمى بالالتهاب الحاد والتهاب المنسوج الخلوي بين الالياف العضلية الذي يشمل الاستحالة الليفية أعني الاسكليروز ويسمى بالالتهاب المزمن ويدخل تحته انوريزما القلب

(الأول الالتهاب الحاد او الاستحالة الشحمية للقلب)

(الاسباب) الالتهاب الذاتي نادر جدا وينشأ عن البرد والجروح وأما الالتهاب التابعي فيشاهد في الروماتيزم مصاحبا في الغالب لالتهاب اغشية القلب وفي الامراض العفنة كالحمى التيفودية والجدري والحصبة والدفتيريا والحمرة وحمى النفاس والتسمم العفن .

وتنشأ الاستحالة الشحمية في الغالب من الانيميا وبعض السموم والمواد

بالانيميا هنا الانيميا المتقدمة الخبيثة واللوسيميا والكاشيكسيات السرطانية والدرينة ونحوها والسموم كالفوسفور والزرنيخ والزئبق والرصاص وتصحب الالتهاب الحاد للقلب أيضا

(التشريح المرضى) يعقب الالتهاب تزايد حجم القلب وبهاتته واسترخاء جدره وبالشق يوجد نسيجه مصفرا باهتا شبيها بلون ورق الشجر الذابل وينمزق بسهولة وهذا ما يفسر حصول تمزقات القلب مدة الحياة والانزفة النسيجية وبالبحث الميكروسكوبي توجد الالياف العضلية متفرقة عن بعضها فاقدة لتخططها والسادكوليم محتويا على حبيبات شحمية وتوجد فى الاوعية الشعرية آثار الالتهابات الباطنة فى الظاهرة الوعائية

وقد ينتهى الالتهاب بالتقيح متى كان متعلقا بالامتصاص الصديدى وربما توجد الخراجات الصغيرة الحجم وتنفتح فى التامور او فى تجويف القلب او ينعقد الصديد ويستحيل الى الحالة الجبنية وهذه الخراجات تعد من ضمن اسباب انوريزما القلب

وقد تشاهد الاستحالة الشحمية للالياف العضلية غير متعلقة بالالتهاب فى الانيميا الخبيثة والكاشيكسيات المتقدمة وبعض التسممات ويحفظ القلب معها حجمه الطبيعى او يزداد عنه قليلا

ويلزم الفرق بين الاستحالة الشحمية وسمن القلب الذى يتعلق بالسمنة العامة ويتميز سمن القلب الطبيعى بوجود طبقة دهنية تحت التامور خصوصا فى قاعدة البطينات عند الاشخاص المتقدمين فى السن ولا تتسبب عن ذلك اعاقة وظائف القلب ولكن متى زادت السمنة يتوالى الدهن بين الالياف العضلية وربما وصل الى الغشاء الباطن للقلب خصوصا فى جدار ثمة القلب وفى هذه الحالة يتسبب عنه رقة جدر القلب واعاقة تغذيته وضعف الالياف العضلية التى لم تزل حافظة لتخططها ويزداد نحف القلب كلما ازدادت السمنة وربما تسبب عن ذلك الموت الفجائى

(الاعـــراض) الالتهاب يبتدئ عادة بطريقة غير محسوسة بدون آلام وبدون حمى ويلزم الطبيب البحث عنه واستكشافه عند حصول الشبهة في وجوده مدة سير الامراض التي تتضاعف به وضعف ضربات القلب والنبض وعدم انتظامها هي العلامات الابتدائية لالتهاب القلب ثم ينضم اليها ضعف اللغط الاول أو فقده واستطالة اللغط الثاني في حالة ضعف كأنه بعيد خلف حجاب سميك واحيانا يتبدل اللغط بنوع رفرفة خفيفة أو يحس في القمة بنفخ خفيف جدا ليس له ثبات

وتتصف الاستحالة الشحمية بهذه العلامات ايضا وقد يصل فيها ضعف ضربات القلب والنبض الى درجة متقدمة بحيث يتعذر الاحساس بها باليد وتزيد الشبهة في وجود الاستحالة الشحمية عند الشخص اذا كان سنه فوق الخمسين وكان نحيل الجسم باهت اللون رقيق الجلد انيما ويا وتنفسه متعسر وضربات قلبه ضعيفة وغير مصحوبة بعلامات آفات الصمام

(المعالجة) يستعمل درور البوتاسيوم والمقويات كالكينا وضد الشلل السيستولي وفقد تعطى الادوية القلبية

(الثالث الالتهاب المزمن والاستحالة الشحمية للقلب او اسكليروز القلب)

اسكليروز القلب اما ان يكون جزئيا محدودا او عاما منتشرا

(الاسباب) الاسكليروز ينشأ عادة من الالتهاب المزمن للنسوج الخلوي بين الالياف العضلية للقلب سواء كان هذا الالتهاب ذاتيا أو تابعيا للروماتيزم والنقرس والديابيتزات والزهري وداء برايت والتسمم الاجامي والتسمم بالكحول والرصاص والدخان وينسب حصوله في هذه الامراض العامة للالتهاب الاثيرومي الاسكليروزي لأوعية القلب ويشاهد الاسكليروز الجزئي غالبا حول الآفات الموضعية للقلب كالاجسام الغريبة والاكياس الديدانية والاورام الصمغية الزهرية والسرطان او في الطبقة العضلية المجاورة لالتهاب اغشية القلب الظاهرة والباطنة

(التشريح

(التشويع المرضى) يزيد حجم القلب فى الابتداء ثم يصغر فى الاسكليروز ويصير لونه مسمرا وقوامه متيبسا ويحس فى شقه بمقاومة وازيز ويكون سطح الشق فى النقط الأكثر اصابة مبيضا سنجابيا وتشاهد الصفائح الاسكليروزية بالأكثر فى القلب الايسر وحاجز البطينات وقمة القلب وظهوره رأسا فى القلب الأيمن نادر جدا والعادة انه يمتد اليه من القلب الأيسر

وقد تكون النقط الاسكليروزية فى وسط الطبقة العضلية او تكون واصلة لاغشية القلب ويصحبها حينئذ التهاب محدود فى الغشاء والتصاق فى وريقتى التامور فى حذائها وقد يمتد الاسكليروز من القلب الى اعمدة الصمامات اللحمية فتتيبس وتنكمش

وبالبحث الميكروسكوبى يوجد النسيج الخلوى متكاثرا وفيه الياف مرنة قابلة للانكماش ويوجد الاسكليروز فى الغالب مصحوبا بالالتهاب الظاهر والباطن للأوعية الشعرية مع ضيق قطرها او انسدادها التام وأما الالياف العضلية فانها تختنق وتتجزأ أو تتلاشى فى النقط الاسكليروزية وينمو حجمها فى النقط السليمة ولكنها تنتهى بالاستحالة الحبيبية أو الشحمية أو النشوية ويتسبب عن هذه الاستحالات ضعف جدر القلب ورقتها وتكون الانورزما خصوصا فى الحال المتعرضة لضغط الموجة الدموية أكثر من غيرها كقمة القلب وجدر البطين اليسرى

(الاعراض) اسكليروز القلب يبتدئ ببطء بدون اعراض واضحة ولا علامات واضحة وبعض المرضى يشتكى بخفقان وضيق فى الصدر وعسر فى التنفس أو بنوب اختناق والبعض يشتكى بآلام فى قسم القلب قد تصل الى درجة الذبحة الصدرية ومع وجود الاسكليروز لا تزال ضربات القلب قوية مدة مستطيلة ولكنها تتحول الى سفل ووحشى الحلمة الثديية زيادة عن المعتاد بسبب ضخامة القلب أو بروز انورزما القمة ويضعف اللغط الأول ويقوى اللغط الثانى وقد يسمع نفخ سيستولى فى القمة ليس له ثبات ويكون

النبض بطيئاً ممتلئاً قوياً فى الابتداء ثم متى تقدم الاسكليروز يضعف النبض ويقل انتظامه ويزيد عسر التنفس واضطراب الدورة ويدخل المرض فى دور الشلل السيستولى أو فقده الذى يتضاعف باسكليروز الاعضاء الأخرى كالكلا والكبد مثلاً

وقد يحصل الموت الفجائى فى الاسكليروز اما عقب وقوف ضربات القلب أو عقب تولد الانوريزما القلبية أو عقب تمزق القلب

اما انوريزما القلب فانه من ضغط الموجة الدموية على النقط الاسكليروزية ينتج تكون تجويف فى سمك جدر القلب يعبر عنه بالانوريزما وقد تكتسب الانوريزما حجم الحمصة أو البندقة ويبرز على سطح القلب ومجلسه غالبا جدر القلب الأيسر وقمة القلب وربما يكبر حجمه فى قمة القلب بحيث يصل الى حجم البيضة ويصير القلب كأنه مزدوج ولذلك يسمى بالقلب المزدوج ولا ينعقد الدم فى تجويف الانوريزما عادة ومتى انفجر الانوريزما خارج القلب ربما يعقبه الموت الفجائى

وأما تمزق القلب فيشاهد فى الاسكليروز كما فى الاستحالة الشحمية للقلب خصوصا عند المتقدمين فى السن فاذا اقتصر التمزق على جزء من جدر القلب بدون ان ينثقب يكون شقاً أو حوصلة تمدد انوريزماوى بعده وأما اذا انفجر القلب فيحصل نزيف وموت فجائى

(المعالجة) يعالج الاسكليروز فى الابتداء بيودور وبرومور البوتاسيوم ومتى حصلت أعراض الفقد السيستولى تعطى المنبهات والأدوية القلبية كالكافيين والديجيتالا والاستروفانتوس واذا كان السبب زهريا تفعل المعالجة الزهرية القوية

(رابعا فى ضخامة القلب وتمدده)

القلب كباقى العضلات يكبر حجمه متى كثر استعماله كعضلات الأطراف السفلى مثلا تصير ضخمة عند السعاة والسايس وعضلات الأطراف العليا

عند

عند الحداد كذلك يكبر القلب ويتجسم متى كثرت ضرباته ولكن القلب عضلة مجوفة متى كثر الضغط على تجويفه يتمدد ويكبر كالمثانة مثلا فانها تصاب بالضخامة والتمدد متى تعسر البول بسبب وجود عائق فى فتحتها المجرية يوجب زيادة انقباضها لأجل تفرغها

(الاسباب) ضخامة القلب اما ذاتية واما تابعية لسبب ميخانيكى أو لحالة مرضية

اما الضخامة الذاتية فاسبابها الخفقان العصبى وسن البلوغ والمنبهات على العموم وتتصف بانها تعم القلب بتمامه بدرجة مستوية

أما الخفقان فانه إما ان يكون بسيطا أو متعلقا بالضعف الجوهرى وأما البلوغ فأنه يصحبه نمو الاعضاء عموما فاذا زاد نمو القلب عن الحد يعبر عنه بضخامة القلب البلوغية أو ضخامة النمو وأما المنبهات فأنها تؤثر على القلب متى حصل الافراط منها كالمشروبات الروحية والقهوة والشاى والدخان وبعض المجهودات المستمرة كالجرى والمشى الشاق وصعود الجبال ولذلك تشاهد ضخامة القلب عند السائس والقمشجى وعند العساكر متى استطالت عليهم مشاق التعليم والمناورات لكن المجهودات وحدها لا تكفى لحصول ضخامة القلب بل يلزم ايضا ان تكون البنية قوية لأن المجهودات عند ضعفاء البنية توجب بالعكس التعب والنحول خصوصا متى كان الضعف انيماويا ولذلك لا يعقب الخفقان عند الانيما ويين ضخامة فى القلب ولا الحركة على العموم نموا فى العضلات

وأما الضخامة التابعة لسبب ميخانيكى فاسبابها آفات الصمامات والأوعية الدموية وبعض الأمراض

أما آفات الصمامات فأنها توجب ضخامة القلب وتمدده فاذا كان بالصمام ضيق تحصل ضخامة فى التجويف السابق له لأجل طرد الدم من الفتحة الضيقة فضيق المترال مثلا يوجب ضخامة الاذين اليسرى وضيق فتحة الأورطى

يوجب ضخامة البطين اليسرى وأما اذا كان بالصمام عدم كفاية فانه يوجب
الضخامة والتمدد فى التجويف السابق له فعدم كفاية الصمام الاورطى مثلا
يوجب ضخامة وتمدد البطين اليسرى وعدم كفاية فتحة الشريان الرئوى
يوجب ضخامة وتمدد البطين اليمنى وأما اذا اتحد الضيق وعدم الكفاية فى
الصمام فانه يعقبه زيادة ضخامة وتمدد التجويف السابق له واصابة القلب
فى هذه الحالة تشبه اصابة المعدة بالضخامة والتمدد متى حصل ضيق فى
البواب

وأما آفات الاوعية الدموية فمجلسها اما الشرايين أو الاوعية الشعرية
ففى الشرايين تشاهد انوريزما الأورطى والشرايين الغليظة والتهاب الأورطى
الحاد والمزمن والتهاب الشرايين الباطنى والاتيرومى العام ويعقب هذه
الآفات ضخامة فى القلب بسبب انه يعقبها فقد مرونة الانابيب الشريانية
فتزيد مقاومتها ويزيد توتر الدم فيها ويحتاج القلب الى مجهود أقوى لدفع الموجة
الدموية فيها وهذا ما يوجب ضخامة البطين اليسرى وان كان هذا التفسير
غير كاف فى الانوريزما الشريانية الا انه لا يعلم احسن منه الآن وأما
آفات الاوعية الشعرية فأنها متى كان مجلسها الدورة الصغيرة يعقبها ضخامة
البطين اليمنى وكل سبب يوجب اعاقة الدورة الرئوية أو ضيق الشريان
الرئوى سواء كان ميلاديا أو بعد الولادة فانه يحدث ضخامة البطين اليمنى
وأما الحالات المرضية التى تحدث ضخامة القلب فهى الامراض المزمنة للرئتين
كالربو والانفزيما والنزلة الشعبية والالتهاب البليوراوى المزمن وتشوه
الاضلاع والفقرات وداء برايت والحمل

ومن المنشأ هذا الافراط فى شرب الدخان و فى الاكل مع المعيشة الجلوسية
يوجب امتلاء مجموع الوريد الباب وبواسطته تحصل ضخامة فى القلب
وتمدد القلب يصحبه ضخامته دائما متى تناقصت مقاومة جدره بالنسبة للسبب
الضاغط على تجويفه ولذلك يحصل التمدد فى البطين اليمنى اكثر من اليسرى لرقة
جدره

جدر الأولى عن الثانية وجميع الأسباب التي تضعف مقاومة جدر القلب تساعد على تمدده كالالتهاب المزمن للطبقة العضلية واستحالاتها الليفية الشحمية ومتى اصيب القلب بالضخامة في احد تجاويفه فان التجاويف الأخرى تنتهي بالاشتراك معه في الضخامة اذا عاش المريض المدة الكافية لذلك فاذا كان مجلس الضخامة البطين الايسر مثلا عقب آفة الصمام الأورطي او الميترالي تمتد الضخامة الى الاذين الايسر ثم تحصل اعاقة في الدورة الرئوية توجب ضخامة البطين الايمن ثم تمتد الضخامة الى الاذين الايمن ايضا ولكن متى ابتدأت الضخامة بالبطين الايمن فانها لا تتصل الى البطين الايسر بسهولة وتحتاج لمدة اطول لأجل اصابة القلب بتمامه

(التشريح المرضي) في الضخامة التامة الصرف يزداد حجم القلب ووزنه معا فبعد أن كان وزنه ٣٠٠ جم في الحالة الطبيعية ربما يصل الى ٦٠٠ او ١٠٠٠ جم ويصل سمك جدر البطين الايسر الى ٣٠,٠ أو ٤٠,٠ سنتيم بعد ان كان ١٢,٠ ميليم وسمك جدر البطين الايمن الى ١٠,٠ او ٢٠,٠ سنتيم بعد ان كان ٣٠٠,٠ ميليمتر في الحالة الطبيعية

وكان القدماء يعتبرون تمدد القلب كحالة انوريزمية (كورفيزار) ويعتبرون الضخامة مركزية اي مصحوبة بضيق تجاويف القلب ودائرية اي مصحوبة بتمددها والمحقق الآن أن الضخامة في القلب يصحبها عادة تمدده بدرجة مختلفة ولا يعتبر تمدد القلب وحده حالة انوريزميه واختلفت الآراء في تفسير ضخامة القلب فالبعض يزعم انها تنشأ من تولد الياف عضلية جديدة (ريندفلايش) ويتفق الأغلب على أنها متعلقة بنمو الالياف العضلية الطبيعية وزيادة حجمها فبعد ان كان قطر الليفة العضلية ٠٠٧,٠ من ملليمتر ربما يصل الى ٠٢٥,٠ (شرويتر) او ٠٣٠,٠ من ميلليمتر (فريدرايش)

ويختلف شكل القلب قليلا في الضخامة البسيطة العامة ويتنوع جدا في الضخامة الجزئية فاذا كان البطين الايسر ضخمة وحدها يزيد القلب في

الطول ويصير بيضاوى الشكل واتجاهه تقريبا افقى ويبرز الحاجب بين البطينات فى البطين اليمنى وتنمو الحلمات اللحمية جدا وأما اذا كانت البطين اليمنى هو الضخمة وحدها فان القلب يكبر فى العرض ويصير شكله مستديرا ومتى ازمنت الضخامة تصاب الالياف العضلية بالاسكليروز أو الاستحالة الشحمية فى نقط منتشرة أو بجوار الأوعية الشريانية

(الأعراض) يشتكى المريض بتعب وانقباض فى قسم القلب وخفقان وعسر تنفس يشتد وقت الحركة والمجهود والانفعالات النفسية واذا كانت الضخامة بسيطة تندفع الموجة الدموية بقوة فتحدث ضربات وتمدد فى المجموع الشريانى بحيث تتمدد الشرايين وتستطيل مدة السيستول وربما اعقبها احتقانات نواردية فى الرأس تتصف باحتقان الوجه والاحساس فيه بهبو الحرارة وزغللة العينين وطنين الأذنين وصداع نبضى ودوخان أو رعاف ولا يمكن المريض الميل برأسه على الوسادة والاضطجاع من افراط ضربات القلب وشدتها ويصير النبض ممتلئا ذا مقاومة لا يقبل الضغط ونشاهد هذه الاعراض فى الضخامة البوابية ايضا

ولكن من حيث ان ضخامة القلب تتضاعف عادة بتمدده بدرجة مختلفة وباستحالة الاسكليروزية والشحمية فتتنوع الأعراض كثيرا بالنسبة لدرجة هذه المضاعفات فتصير قوة ضربات القلب غير منتظمة وتضطرب زيادة عقب المجهودات ويصحبها عسر فى التنفس وسرعة فى النبض وعدم انتظامه ومتى زاد عسر التنفس يلتزم المريض بالجلوس أو انحناء الرأس الى الأمام ولا يمكنه الرقاد ولا الاضطجاع لأن ضغط الاحشاء البطنية على الحجاب الحاجز مدة الرقاد يزعج التنفس وضربات القلب وأما فى الجلوس فيكون الحجاب الحاجز فيه غير مضغوط وحركاته خالصة غير مزدحمة ومتى تقدمت المضاعفات تضطرب الدورة ويدخل المريض فى الدور المرضى المعروف بوقوف السيستول أو شلله

وأما العلامات الطبيعية لضخامة القلب فتصف فى ضخامة البطين اليسرى بانخفاض القمة بحيث تشاهد ضرباتها بالعين والجس وحتى حلمة الثدى فى المسافة الخامسة والسادسة والسابعة بين الاضلاع وأما فى الضخامة فى البطين اليمنى فانه مع انخفاض القمة قليلا أو كثيرا الجس بضرباتها خلف القص أو فى قسم المعدة وقد يكون قسم القلب محدبا فى نسبة درجة الضخامة وقرب القلب من جدر الصدر أو بعده عنه بحلول الاحشاء المجاورة وتكون قوة الضربات دافعة جدا فى الضخامة الكبيرة بحيث يمكنها ان تدفع طرف المسماع ورأس الطبيب مدة السيستول وقد تدفع أمامها الضلع الخامس والسادس ويحصل انخساف مناسب لهذا الدفع فى نقط أخرى من الصدر وأما اذا كانت جدر القلب ممتدة جدا فانه يحس بضربات قصيرة رخوة أو اهتزازية يعقبها هبوط القلب وتباعده عن جدر الصدر بسرعة ولا تكون الضربات متشابهة ببعضها فى القوة فقد تكون اقوى أو اضعف غير منتظمة

وبالقرع توجد الأصمية زائدة فتكون اطول فى ضخامة البطين اليسرى وتكون أعرض فى ضخامة البطين اليمنى ولكن حيث ان الأصمية تتعلق باتساع سطح القلب الملامس لجدر الصدر وان وجود الرئة أمام القلب يغير شكل الأصمية فلا يعتبر تنوع الأصمية علامة خاصة بالقلب وحده بل يتعلق ايضا بحالة الرئة اليسرى فاذا اصيبت الرئة بالانفيزيما مثلا فانها تمتد امام القلب فيقل اتساع اصمية القلب ولو كان القلب ضخما ولذلك يختلف اتساع الاصمية ايضا مدة الشهيق والزفير القويين ومن جهة اخرى لو اصيبت الرئة فى فصها المقدم بالهبوط أو انخسفت جدر الصدر فى حذاء قسم القلب تتسع أصمية القلب ولو كان حجمه طبيعيا

ولأجل تحديد الأصمية التامة بالدقة ترسم حدودها بالقلم وهى فى

الحالة الطبيعية على شكل مثلث قمته الى أعلا فى حذاء الحافة العليا لغضروف الضلع الرابع بجوار حافة القص يمتد منها خطان الخط الأول الانسى يتبع حافة القص اليسرى لأن نفس القص يسمى رنانا ولو كان البطين الايمن يمر خلفه ويمكن منع الرنانية المطلية نوعا اذا كان أحد المساعدين يضغط على الجزء العلوى من القص بيده أو يضغط على الغضاريف الضلعية من الجهتين (جوتمان) وفى هذه الحالة ربما توجد اصمية البطين الأيمن خلفه والخط الثانى الوحشى ينزل من قمة المثلث بانحراف الى الخارج نحو حلمة الثدى وانسيها حتى يصل الى النقطة التى يحس فيها بضربات قمة القلب وحيث أنه يحس بنصف اصمية بعيدا عن هذا الخط فيمكن رسم خط ثان وحشيه يمتد بعيدا عنه بنحو نصف قيراط يبتدى من الحافة العليا لغضروف الضلع الثالث وينتهى تحت الحلمة ويكمل المثلث برسم خط من القاعدة يمر باستقامة من نقطة ضربات القلب الى حافة القص لأنه يتعسر رسم هذا الخط بالقرع حيث ان اصمية القلب تتصل باصمية الكبد فى حذائه ولان المعدة متى تمددت ربما يتسبب عنها رنانية حذاء الحد

ويعتنى بكون القرع خفيفا بحركة المعصم وحده ويشترط ان يكون المريض جالسا أو ملقى على ظهره لأنه اذا رقد على جنبه الأيسر يتزحزح خط الأصمية الوحشى الى جهة الشمال ولو كان القلب سليما

وفى ضخامة القلب تسمى قمة الاصمية التامة فى محاذاة الحافة العليا لغضروف الضلع الرابع فاذا ارتفعت الأصمية فوق الضلع الثانى دل ذلك على وجود آفة أخرى خلاف الضخامة والتمدد كالانسكاب التامورى أو الانوريزما اوورم الحجاب المنصف ويختلف اتجاه الخطين الجانبيين كثيرا أما الخط الانسى فانه قد يزوغ الى اليمين فى حذاء الحافة اليمنى للقص او بعيدا عنها بكثير ويخفض طرفه مع نبضات القلب الى غاية المسافة السادسة أو السابعة بين الاضلاع وينسب ذلك لزيادة حجم البطين اليسارى عادة

وعلى قول والش تكتسب الأصمية في ضخامة القلب العامة شكلاً مربعاً بسبب بروز الاذينات الى الجوانب

وبالجملة لاجل تمييز ضخامة البطين الايسر ربما يكتفى في الاكلينك برسم الخط الوحشي للثلث المذكور الذى يبتدئ من الحافة الانسية لغضروف الضلع الرابع وينتهى في قمة القلب ثم يرسم خط افقى يبتدئ من قاعدة الزائدة الخنجرية ويسقط على الخط الأول في حذاء قمة القلب ففى الحالة الطبيعية لا يصل طول الخط الوحشي الى قيراطين ونصف وأما في ضخامة البطين الايسر فانه قد يصل الى أربعة أو خمسة قراريط وطول الخط الافقى يكون في الحالة الطبيعية نحو قيراط ونصف وقد يصل في ضخامة القلب الى قيراطين فأكثر

ومع ذلك فان القرع لا يدل دائماً على ضخامة القلب ولا في الاحوال التى تكون فيها الرئتان سليمتين فقد شوهدت ضخامة القلب في داء برايت غير مصحوبة بأصمية زائدة عن المعتاد بسبب استتار القلب في باطن الرئة اليسرى وعند عدم وضوح الأصمية لا تتضح علامات النظر والجس ولا يظهر تحدب القسم القلبى ولا يتيسر اجراء التشخيص غالباً في هذه الاحوال المبهمة الا بعد فتح الجثة

وأما الاستماع فليس له أهمية كبيرة في ضخامة القلب فاذا كانت الضخامة بسيطة عامة يحس بالغط الأول بعيداً عن الأذن أصماً واذا تضاعفت الضخامة بالتمدد يصير الغط الأول أقرب الى الأذن وربما أمكن سماعه في جدار الصدر على امتداد عظيم وأما اذا ضعفت الالياف العضلية بالاسكليروز والاستحالة الشحمية فان الغط الأول يصير ضعيفاً غير مستوى الرنانية واذا تزايد تمدد القلب تصير الصمامات الاذينية البطينية غير كافية لغلق فتحاتها ويسمع لها نفخ عليم الكفاية كما اذا كانت الضخامة مفرطة فانه يمكن سماع احتكاك ويبقى الناموس المتزايد متين

(سابيس) وأما اللغط الثانى فلا يتنوع مالم تصب الشرايين المركزية أو صماماتها بآفات

(التشخيص) تشخيص ضخامة القلب مبنى على العلامات التى سبق شرحها ويلزم الاحتراس فى اعتبار الأسباب المنوعة للأهمية وتمييز ضخامة القلب عن استسقاء التامور بالعلامات التى ذكرناها آنفا (انظر صحيفة)

(الأنذار) الضخامة البسيطة الذاتية ليست خطرة وتبرأ بازالة السبب اذا كانت حديثة وتكافئ الضخامة يعتبر نعمة الأهمية لحياة المريض ولا تكتسب الضخامة هيئة الخطر الا اذا تسببت عنها عوارض الاحتقان التواردى او تضاعفت بالتمدد الزائد أو الاسكليروز والاستحالة الشحمية

(المعالجة) يلزم احترام الضخامة التكافئية وتعالج الاحتقانات التواردية بالعصيد الموضعى والراحة والحمية المناسبة وعلى العموم يلزم استراحة المريض وعدم تعرضه للاتعاب والمجهودات والانفعالات النفسانية والأفراط فى المنبهات وأحسن الأدوية الموافقة لضخامة القلب هى الاكونيت بقدر نقطة أو نقطتين من الصبغة مرتين أو ثلاثا فى اليوم أو ١٠،٠ الى ٢٠،٠ من الاكونيتين أو ١٠،٠ سنتى من الخلاصة الكؤلية والمقيرانوروم الحريف الاخضر بقدر ٥ الى ١٠ نقط من الصبغة ثلاث مرات فى اليوم وبرومور البوتاسيوم وأما اليودور فلا يوافق هذا المرض واذا تزايد تمدد القلب وضعفت ضرباته يمكن استعمال الديجيتالا وأصلها الفعال وأما اذا بلغ المرض الدرجة المعبر عنها بوقوف السيستول وعواقبه فيتبع ما سبق ذكره فى آفات الصمامات

المبحث السابع فى امراض القلب العصبية

اولا فى الاغماء

الاغماء اى سخسخة القلب المسماة فى العرف بالسورقة هى حالة تشبه الموت

الموت الظاهري
(الأعراض) تختلف أعراضها كثيرا باختلاف أحوالها وأسبابها
ففي أحوالها الثقيلة يحس الشخص بدوخان وغثيان وانقباض وسخسخة
في القسم الشراسيفي ويبرد الجسم ويبهت ويتغطى بالعرق ويظلم البصر
وتطن الأذن ويفقد الأدراك ويسرع النبض ويضعف جدا فلا يحس به
في المعصم ثم لا يحس به في السباق وتضعف ضربات القلب ثم لا يحس بها
أصلا أو يحس فقط بنوع اهتزاز فحذاء قمة القلب وقاعدته ويضعف
التنفس ويصير بطيئا سطحيا وغير منتظم وتتسع الحدقة
وفي الأحوال الخفيفة يحس الشخص بدوخان وغثيان وفقد الأدراك برهة
ثم يعود الى الادراك بسرعة أو ببطء وقد يستمر الاغماء من بعض دقائق الى
أكثر من ساعة وعلامة الانتهاء هي التثاؤب أو التنهد المستطيل أو حصول
قيء أو تجشؤ أو عرق مغزير ثم تعود الدورة والتنفس والادراك ولون
الوجه تدريجيا
(الأسباب) من أسباب الاغماء الخطرة النزيف الغزير سواء كان باطنيا أو
ظاهريا وتفريغ الانسكابات الكبيرة للبريتون أو المبيض أو البليورا
والاغماء في النزيف يحصل بالتدريج أو فجأة على حسب سرعة النزيف وبطئه ويصحبه
بهاتة عامة واضحة في الجلد والشفتين والأظافر ويسبقها في الغالب
تشنج عام أو يحصل الاغما على نوب متقلبة كلما تحرك الشخص أو أراد الجلوس
وتشاهد هذه الأعراض في النزيف المعوي الغزير وانفجار انوريزما
الأورطي ونحوها
وقد يحصل الاغما من تأثير الحرارة الجوية المفرطة وينتهي بالموت عادة كما
يشاهد ذلك في العساكر متى طالت مدة الملام أو السير في وقت
القيلولة
ويشاهد الاغماء في أمراض القلب فيقع المريض فجأة ويشهق مرة أو مرتين

ويتعش ويبهت وينطفئ وسبب الموت هنا أما شلل القلب أو تشنجه ويمكن حصول لها بهذه الصفة عقب تهيج المراكز العصبية القلبية أو اطراف الأعصاب الدائرية أو الضغط على العصب الرئوى المعدى فى مسيره ويفسر الاغماء عقب الانفعالات النفسانية بتأثير المراكز العصبية والاغماء الذى يعقب دهس الاطراف أو الضرب على القسم الشراسيفى ينسب الى الفعل المنعكس

(التشخيص) لا يلتبس الاغماء بالصرع لضعيف لأن الاغماء لا يسبقه الأورا بل لابد ان ينشأ عن سبب ولو كان واهيا فى الظاهر كالرائحة القوية أو رؤية الدم أو وجع صغير أو شدة حرارة المكان وأكثر الاصابة به للأطفال والشبان رقيق المزاج والنساء والاناث هو عند الرجال الا نادرا ولا يوجب سقوط الشخص فجأة بل يهبط على نفسه فى حالة صحو قبل ان يفقد الادراك ولذلك لا يصاب عادة بجروح فى رأسه ولا يعض لسانه بخلاف الصرع

وأما ما يعبر عنه بفقد السيستول أو تعطيله أو وقوفه أو شلله فهو تعبير عرفى لا يراد به الاغماء مطلقا بل يطلق على ضعف القلب بحالة لا تكون معها حركة الدورة فى ركد الدم فى الاوعية ويرتشح مصله فى الاعضاء وتحصل الكاشكسيا القلبية أو يهلك المريض فى حالة اغطاط

(المعالجة) يبتدأ بوضع المغمى عليه فى الهواء المطلق أو بجوار الشبابك وضعا افقيا بحيث تكون رأسه بحذاء كتفيه وتفرج ملابسه المحيطة بالعنق والصدر أو تقص أو تمزق ويبعد عنه ازدحام الحاضرين والاحباب وتقرب لانفه زجاجة فيها نوشادر أو خل عطرى أو يدغدغ الانف بريشة أو يشم رائحة حريق ريشة أو كبريت ليستنشق ابخرتها ويرش على وجهه ماء بارد واذا كانت المعدة ممتلئة بالطعام المفرط

المفرط يعطى فى الحال مقيئا واذا كانت البنية ضعيفة رقيقة يعطى الأيتير والكونياك والنوشادر من الباطن فى ملعقة وفى الأحوال الثقيلة يمكن الحقن بالايتير تحت الجلد أو توضع على المعدة رفادات مبتلة بالماء الساخن أو ورق الخردل والبعض يوصى باستعمال الكهربا اذا تصادف وجودها تحت اليد ويلزم حينئذ استعمال تيار خفيف جدا

ثانيا الخفقان

الخفقان هو نفروز يتصف بسرعة متعبة أو مؤلمة فى ضربات القلب الوقتية التى تحصل عقب المجهودات كالجرى والانفعالات النفسانية (الأسباب) الخفقان اما ان يكون ذاتيا عصبيا أو تابعا لآفة مادية

أما الخفقان العصبى الذاتى فانه يتعلق اما بتنبه المراكز العصبية القلبية أو بتنبيه العظيم السمباتوى أو بالشلل الرئوى المعدى ويكون عرضيا فى العوتر الجوفلى ويحدث ايضا من الافراط فى المنبهات القلبية كالمشروبات والقهوة والشاى والدخان والخفقان الحادث من الأفعال المنعكسة

وقد يشاهد الخفقان فى سن البلوغ وينسب لتأخير نمو القلب بالنسبة لباقى الأعضاء أو يحدث من الافراط فى الدراسة أو الجماع أو جلد عميرة ويشاهد غالبا فى سن الكهولة لاسيما عند النساء الاستيريات وفى الانيماويين والخلوروزيين ومن الانزفة الغزيرة

والمجهودات المستمرة تحدث تهيجا فى القلب وربما تؤدى الى الخفقان كسفر العساكر الشاق فى المحاربات مع الحرمان وتحمل اثقال الحملة

والتخمة المعدية ايضا تنبهه وهذا هو المشاهد كثيرا عند الأطفال الذين لا يعتنون فى المضغ وفى هذه الحالة يحصل الخفقان ليلا وينصرف بالاعتنا فى التدبير الغذائى

وأما الخفقان التابعى فانه يشاهد فى اغلب امراض القلب كالتهاب أغشيته

ونسيجه العضلى وضخامته وتمدده وآفات صماماته خصوصا ضيق الصمامات

(الأعراض) أعراض الخفقان تحصل عادة على هيئة نوب فى الأحوال الخفيفة كالاحساس بضيق واضطراب فى قسم القلب وقد يشتكى المريض بالخفقان ولكن يحس قلبه لا توجد سرعة فى ضرباته وأما فى الأحوال الثقيلة فان الضربات تكون قوية جدا بحيث يرتج منها الصدر أو الجسم كله والفراش تحته وتصحبها نبضات قوية فى السباتين حتى يتهيأ للمريض ان قلبه يضرب فى حلقه وتجحظ العين مع النبضات ويحس فيها بشرر ويحصل دوخان وميل الى الاغما ويستشعر المريض بتعب مؤلم فى قسم القلب ويزيد الضجر اذا رقد المريض على جنبه الأيسر ويصير وجهه باهتا مغطى بعرق بارد ويداه كانهما مثلجتين وكلامه متقطع ويتهيأ له أنه قرب من الموت بالاختناق أو الاغماء

وبالبحث عن صدره مدة النوبة توجد ضربات القلب قوية ومنتظمة أو مضطربة وغير منتظمة وتوجد القمة فى محلها الطبيعى ولكن نقطة ضرباتها متسعة عن العادة تدفع المسماع ورأس الطبيب عند اقوياء البنية وتكون رخوة عند ضعفاء البنية ولا تتنوع الأصمية عادة ولكن اذا ازمن الخفقان تتمدد الأصمية خلف القص وأما الالغاط فتكون عادة قوية رنانة واضحة وفى بعض الاحيان يسمع اللغط الأول على بعد وقد يصحبها نفخ فى قاعدة القلب اذا كان المريض انيماويا (وانشى)

وأما النبض فانه لا يكون فى نسبة ضربات القلب دائما لأن بعض الضربات لا يدفع فى الشرايين موجة دموية كافية فيكون اما سريعا جدا متوترا او رخوا منتظما اوغير منتظم وقد يصل عدده الى نحو ١٥٠ أو ٢٠٠ فى الدقيقة أو يكون قليل السرعة خصوصا عند اقوياء البنية

واذا كان المريض مصابا بآفات فى الصمامات تتنوع الالغاط القلبية طبعا على حسب تنوع الآفة ومجلسها وتتنوع أوصاف الخفقان المرضى فى العصوى

الجحوظى

الجوزنجى
ويختلف مدة نوبة الخفقان من بضع دقائق الى بعض ساعات ويعلن انتهاء النوبة بالأدرار المفرط وينام المريض بعدها فى الغالب وتعود النوب بأقل سبب كحركة انفعال نفسانى أو امتلاء المعدة مثلا
(التشخيص) تشخيص الخفقان لا صعوبة فيه وانما يهتم الطبيب فى تشخيص سببه ليعلم ان كان الخفقان عصبيا أو تابعيا لآفة القلب ليكون العلاج ناهضا على أساس
(المعالجة) يبتدأ بابعاد السبب والتحفظ على المريض من تأثيره ما أمكن ويعتنى فى التدبير الغذائى لأجل استراحة المعدة ولايستعمل له بالمنبهات كليا كالقهوة والدخان والكؤليات والافراط فى الشهوات واذا كان المريض انيما ويعطى الادوية المقوية كالكينا والحديد
وأما الأدوية الشفائية فتنوع على حسب الاقتضا فاذا كان النبض بطيئا وغير منتظم وقابلا للضغط يعطى الديجيتالا واذا كان النبض ضعيفا متقطعا يعطى مقدار صغير من الكونيالك اويعطى البلادونا ما لاتروبين مع الديجيتالا اوتستعوض الديجيتالا بالاستروفانتوس والمقونقا للاريا
وفى الاحوال المتعلقة بتنبه عصبى يعطى برومور البوتاسيوم والبوسليمين والحشيش اويعطى الاتير البسيط والمركب واذا كان الخفقان مصحوبا بالاستيريا يعطى الفاليريانا والمسك والحلتيت
وشروتير يوصى باستعمال الماء البارد فتبل فيه رفادة مثنية عدة طبقات وبعد عصرها بقوة توضع فوق القلب ولكن يخشى من استعمال البوارد اذا كانت الضربات مضطربة وغير منتظمة
وأما الاكونيت فلا يفيد فى الخفقان ولكن ينفع اذا كان القلب متزايد الحجم فانه يخفف قوة ضرباته ولايسرع سرعتها بعكس الديجيتالا لا

فأنها تخفف سرعة الضربات ولا تنوع قوتها ولذلك يرجح اعطاء الدجيتالا مع الاكونيت لأجل تلطيف الخفقان وقوته فيما اذا كان القلب متزايد الحجم

وأما الفيراتروم فأن مفعوله متوسط بين الدجيتالا والاكونيت (داكوستا)

ثالثا في الذبحة الصدرية

الذبحة الصدرية مرض يتصف بألم قلبي شديد نوبى يتهيأ للمريض به أنه قد اقترب اجله وقد يموت حقيقة مدة النوبة وأول من شرحه ايبردين في منتصف القرن الماضي

(الأعراض) تبتدئ النوبة عادة فجأة فيحس المريض بألم شديد في قسم القلب أو خلف القص وبطول حافة القص اليسرى توصفه المرضى بأنه مزق أو نخسى أو حرق أو نبضى صعب لا يطاق لشدته ويتهيأ للمريض في حالة تهيجه الزائد أنه اذا لم يخف منه لابد وأن يقصف عمره بوقته ويصحب الألم غالبا الاحساس بانقباض في الصدر أو ضغط من الأمام الى الخلف كأنه قد وضع بين حجري الرحا ويتشعع الألم عادة الى الخلف نحو الظهر أو القفا والى الأمام نحو العنق أو الفك ومفصله أو يمتد الى الذراع الأيسر لغاية المرفق أو الاصبعين الأخيرين وقد يمتد الى أسفل في القسم الشراسيفي أو يحيط الجذع بحلقة مؤلمة أو يصل الى الاربية أو الخصية أو الى الأطراف السفلى وقد يصيب الطرف العلوي الأيمن ايضا ويتصف بتنمل الأطراف أو خدلانها أو ألم خفيف فيها وتبرد اليد وتصير باهتة وقد تبتدئ النوبة بالعكس اى تبتدئ الآلام في الأطراف أو الخصية أو الاصبعين الأخيرين من اليد اليسرى وتصل منها الى القلب

ومتى ابتدأت النوبة يبهت المريض ويثبت حالا في موضعه على الهيئة التي كان عليها فاذا كان ماشيا يثبت واقفا واذا كان واقفا لا يجلس واذا

واذاكان مشتغلا بشغلة يقف فيها ويرتسم الخوف والوهم والضجر وشدة التألم على سحنته ويتغطى جسمه بعرق بارد ولاينطق بحرف ولا يفعل أقل حركة ويحس بعسر التنفس ولكن ذلك مجرد احساس وهمى لاحقيقة له ولو ظهر أنه سريع سطحى لأن المريض يتجنب حركات التنفس خشية ثوران الألم فيجتهد فى تخفيف تنفسه ما أمكن ولكنه لو اراد يمكنه فعل حركات شهيق قوية وربما اعقبتها خفة فى ألم القلب كما ان بعض المرضى لا يحتمل وضع اليد ولو بخفة على قسم القلب ولكن متى زاد الضغط عليه يشعر بالاستراحة نوعا ويحفظ المريض عقله عادة وهذا هو السبب فى صعوبة المرض وبعض المرضى لايتذكر شيئا سوى الألم والبعض يفقد الادراك بالكلية ولايستشعر بما جرى على حقيقته كأن به دوخانا أو فى وسط الغمام وقد تصحب النوبة غطشة فى البصر أو تقلصات تيتانية

وبالبحث عن الصدر مدة النوبة لاتوجد به علامات مخصوصة لأن القلب وضرباته لا يتنوعان عادة كما لايتنوع النبض واحيانا توجد سرعة فى ضربات القلب قرب انتهاء النوبة أو عدم انتظام فيها قد تكون بطيئة وضعيفة وفى هذه الحالة تزداد بهاتة اللون وبرودة الاطراف وعرقها البارد واذاكان النوبة خطرة يصغر النبض ويصير غير محسوس ويموت المريض فجأة

وتختلف مدة النوبة ولاتزيد عن بعض ثوان او بعض دقائق عادة ولكنها فى بعض الاحيان تدوم نحو نصف ساعة أو ساعة أو اكثر ومتى انصرفت يعقبها استواء الاحساس بخدر فى محل الآلام ويحصل التجشى أو الغثيان أو القيء أو انتفاخ البطن أو الادرار البحرانى وقد تخلف عن النوبة احتقان فى الخصية وملل زائد ينصرف بالاستراحة وحيث ان النوبة قابلة للنكسات فترى المريض يحفظ أوضاعا ثابتة خيفة ثورانها لو

تحرك فيرى البعض مستلقيا على ظهره والبعض مضطجعا على الفراش أو الكرسى والبعض منكبا على وجهه أو جاثيا على يديه وركبتيه بدون أن يتحول من موضعه
ولا تكتسب النوبة أوصافها القوية التى سبق شرحها دائما بل تكون احيانا خفيفة فيعبر عنها بالذبحة الصدرية الكاذبة التى تختلف أوصافها جدا ففى بعض الأحيان يكون فيها ألم القلب عصبيا صرفا ومجلسه اما بقرب حافة الضلع الايسر أو فى قمة القلب بجوار حلمة الثدى أو يتشعع قليلا أو يصحبه تألم فى العصب الحجابى الحاجزى ولكن لا يطرأ الألم هنا فجأة ولا ينصرف بسرعة وربما استمر التألم فى قسم القلب عدة أشهر ورافقه خدلان فى الطرف العلوى اليسارى وانقباض وضغط فى قسم القلب وتوران فى الأعراض زمنا فزمنا وقد يتسبب عن هذه الحالة المزمنة فقد الشهية والتلبك والأمساك وانتفاخ البطن
وفى بعض الأحيان تتصف الذبحة الصدرية الكاذبة بألم خفيف جدا فى القلب وزيادة فى الاحساس بالانقباض والضغط أو للخفقان
(السير والمدة والانتهاء) تتصف النوب الابتدائية عادة بخفتها وتباعدها عن بعضها فقد تمضى بينها شهور أو سنين وكلما تكررت النوب تشتد وتتقارب من بعضها وليست هذه القاعدة عامة لأن النوبة قد تقتل المريض فى أول أو ثانى مرة ويعود المريض الى صحته عادة فى فترات النوب وفى بعض الاحيان يستمر عنده قسم القلب حساسا منقبضا والطرف العلوى اليسارى خدلانا مدة أيام أو اسابيع وفى بعض الأحيان تعود النوب بانتظام فى اوقات محدودة ومهما كانت النوبة خفيفة فانه لا يؤمن منها لأن الموت الفجائى كثير الحصول فى الذبحة الصدرية
(الاسباب) الأسباب قريبة مهيجة للنوب أو بعيدة مهيئة لها أما الاسباب المتممة المهيجة للنوب فهى مختلفة جدا والعادة أن النوبة

تبتدئ فجأة مدة المشي لاسيما اذا كان السير في عوالي والريح مقابل
للشخص بقوة أو تحصل النوبة عقب تعاطي مقدار كبير من الأطعمة ويندر
مجيء النوبة مدة النوم وقد تعود النوبة بأخف سبب مسبب كالانفعال
النفساني أو المشي والرياضة أو الوضوء أو غسل الوجه أو السعال
أو شرب الماء البارد أو نحو ذلك من الأسباب الواهية

وأما الأسباب البعيدة فتختلف أيضا باختلاف نوع الذبحة الصدرية ان
كانت عصبية صرفا أو تابعية لبعض الأمراض والآفات أما الذبحة
القلبية العصبية فانها قد تكون لحالة نفروزية متعلقة بالاستيريا
أو الصرع أو اصابة المراكز العصبية القلبية أو تتعلق بالديابيطس
أو بداء برايت أو بالزهري أو الروماتيزم أو النقرس أو تعقب الافراط
في شرب الدخان والشاي والقهوة وأما الذبحة الصدرية التابعية
فانها ترتبط بأمراض الاورطى أو الشرايين القلبية كانوريزما الاورطى
والتهابها أو التهاب التامور اذا امتدت الاصابة الى الضفيرة
القلبية والتهاب شرايين القلب واصابتها بالاتيروم وانسدادها
فكلها آفات تتضاعف بالذبحة الصدرية

والمؤلفون لم يتفقوا على قبول الذبحة الصدرية العصبية النفروزية
ويعتبرون الآلام العصبية النفروزية كذبحة صدرية كاذبة ولا يعتبرون
الا ما صاحب الذبحة الصدرية الحقيقية النفروزية من الآفات
الموضعية في القلب أو الاوعية الغليظة وتتميز الذبحة الصدرية
الحقيقية بكونها تحدث الموت الفجائي وكونها تصيب الرجال أكثر
من النساء وأما الآلام العصبية القلبية أي الذبحة الصدرية الكاذبة
فانها تصيب النساء أكثر من الرجال ولا يتسبب عنها الموت الفجائي

وبالجملة فالرأي الاعم هو نسبة الذبحة الصدرية لاصابة الضفيرة
القلبية والاعصاب القلبية الناشئة عنها ويدخل في الضفيرة القلبية

فروع الوتوى المدى والعظم السيباوى والعقد العصبية واهمية هذه الضفيرة وتفرعاتها العديدة توضح لنا تشتت الأعراض وتنوعها وامتدادها الى الأطراف وانقباض الأوعية الشعرية وبهاتة الجلد وبرودة الأطراف والعرق وتحصل هذه الأعراض الأخيرة من تنبه الفروع الوعائية للعظيم السمباتوى (نوتناجل بيار)

(التشريح المرضى) بفتح جثث المتوفين بالذبحة الصدرية الحقيقية توجد الاوعية الشريانية التاجية مصابة بالالتهاب والأتروم وتوجد جدرها ثخينة وقطرها ضيقا أومنسدا اومصحوبا بالتهاب الفرع الصاعد للاورطى وتمدده واستحالته الاتيرومية أو الكلسية ويوجد النسيج العضلى للقلب رخوا ومحتويا كالأورطى على بعض لطخ اتيرومية أوكلسية أى يوجد قوس الأورطى أو فرعه الصاعد مصابا بالأنوريزما ويصحب هذه الآفات الالتهابية عادة اصابة الضفيرة العصبية للقلب أو أحد فروعها

(التشخيص) تتميز الآلام الحدادية لقسم القلب بكونها سطحية محدودة فى الطبقة العضلية وتتميز الآلام العصبية لفروع الضفيرة العنقية الذراعية والصدرية بجلسها على مسير الأعصاب وتقطعها المؤلمة الثابتة ولا تبتدئ بغتة ولا تنصرف بسرعة الذبحة الصدرية وآلام العصب الحجابى الحاجزى تتميز بجلسها وعسر التنفس ومتى تضاعفت الذبحة الصدرية بهذه الآلام العصبية تنضم أعراضها الى بعضها

ويلزم تمييز الذبحة الصدرية العصبية عن الذبحة المتعلقة بآفات موضعية ويؤمل شفاؤها ومع ذلك فلا يمكن القطع بالحكم لأن نوب الذبحة الصدرية على العموم خطرة ويتسبب عنها الموت الفجائى غالبا بالأغما أو وقوف ضربات القلب وتشاهد نوبة خفيفة تعقبها نوبة قاتلة ولا قاعدة لذلك

المعالجة

(المعالجة) يلزم تجنب الأسباب المنبهة للنوب بقدر الامكان كالانفعالات النفسانية والتعب والبرد والافراط في الأكل والشهوات وشرب الدخان والقهوة والشاي والكوءليات وحفظ الطبيعة بحالة انتظام ومعالجة الأمراض المهيئة كالنقرس والروماتيزم والزهري

ولأجل معالجة النوبة يبدأ بوضع المريض في محل واسع هاو ولكن لا يلزم تقليل الضوء فيه وتمنع الروائح منه وتفتح ملابسه للافراج عن صدره وبعض المرضى يستريح جالسا أو واقفا ولأجل تسكين آلامه يعطى قطعا من الجليد يمتصها أو يبتلعها أو توضع على قسم القلب مثانة مملوءة بالجليد المجروش أو يرسل العلق على النقطة المؤلمة أو تفعل له الحجامة الرطبة واذا لم يفد ذلك تستعمل المسكنات كحقن المورفين تحت الجلد وحده أو مع مرافقته بتعاطي الكلورال وأما استنشاق الكلوروفورم والأتير فانه يجب الاحتراس في استعمالها على حسب المشاهدات الأخيرة ويمكن استعمالها باحتراس قبل حقن المورفين أو بعده

وبعضهم يوصى باستعمال الانتيبرين (سي) جرعة بمقدار ٢ الى ٥ جرام في اليوم أو حقنا تحت الجلد بمقدار ٠.٥ د الى ٢ في اليوم

ولما كان انقباض الأوعية الشعرية سابقا للنوبة غالبا أوصى باستعمال نتريت الأميل فيستعمل استنشاقا بمقدار ٤ أو ٥ نقط على المنديل أو يؤخذ منه نصف نقطة الى نقطة في ملعقة من ماء محلى او ماء الزهر وأما النتروجليسرين فيستعمل محلوله الكؤلى المائي ويؤخذ منه نقطات الى ١٠ أو أكثر في اليوم في قليل من ماء الزهر أو ماء النعناع ويعقب استعمالها تمدد الاوعية الشعرية واحتقان الوجه والدماغ ولكن نتريت الأميل اسرع فعلا من النتروجليسرين وقد يتسبب عن النتروجليسرين حالة تنفس وفقد الاحساس مع غثيان وهبوط عام وتزداد هذه الاعراض متى زاد المقدار عن ٢٠ نقطة

ويمكن المداومة على استعمال نتريت الأميل والنتروجليسرين فى زمن الفترات بمقدار قليل فيعطى مثلا نقطة الى اثنين من المحلول الكئولى للنتروجليسرين (1/100) فى كل ثلاث ساعات أو اربع أو يعطى فى اليوم من نقطة الى ثلاث من نتريت الأميل

ويضاف الى استعمال هذه الأدوية وضع بعض المحولات على الصدر كالحراريق والمقصا والكى بالترموكوتير

واذا كان القلب ضعيفا والنبض صغيرا تعمل حمامات يدية وقدمية بالخردل ويوضع ورق الخردل على قسم القلب أو تدلك الاطراف جيدا بالكحول الكافورى أو يوضع الجسم فى حمام ساخن

ومن الأدوية النافعة فى الذبحة الصدرية المركبات الزرنيخية والبلادونا وسلفات الكنين وڤاليريانات وبرومور البوتاسيوم بشرط المداومة على استعمالها مدة طويلة واذا كانت البنية ذهبية يعطى يودور البوتاسيوم والمركبات الزئبقية

ويعالج المزاج العصبى والانيميا بمضادات التشنج والمركبات الحديدية واذا لم توجد آفة مادية واضحة تستعمل الكهربائية على قسم القلب والنخاع الشوكى

(رابعا فى الغوتر الجحوظى أى داء جراف أو داء باسدوف)

الغوتر الجحوظى مرض يتصف بخفقان القلب وجحوظ المقلة وتمدد الغدة الدرقية ويصحبه اهتزاز عضلى وبعض اعراض اخرى متنوعة

(الأعراض) العرض الابتدائى هو الخفقان ويكون فى مبدئه خفيفا ونوبيا ثم يصير مستمرا ويتصف بسرعة واضطراب فى ضربات القلب التى قد تصل الى ١٢٠ أو ١٤٠ أو ٢٠٠ فى الدقيقة مدة النوبة وتصير الالغاط قوية جدا رنانة قد يصحبها نفخ سيستولى فى القمة أو القاعدة ويحس فى الشرايين السباتية بنبض قوى وفى الغدة الدرقية المتمددة

المتقددة ببنض ارتعاشى واضح وأما النبض الوريدى فلا يتنوع عادة ومتى
تقدم المرض تحصل ضخامة فى القلب ثم تمدد يمكن تعيينه باتساع أصمية
القسم القلبى ومع ذلك فلا تشاهد ضخامة القلب دائما وتزايد التمدد
قد يتسبب عنه عدم كفاية الصمامات التى تتعين بعلاماتها الخاصة واذا
كان المريض انيماويا يسمع النفخ الانيماوى السيستولى فى القاعدة فى محله
معلم الشريان الرئوى

ويعقب الخفقان جحوظ المقلتين الذى يكون فى الابتداء خفيفا يتصف
باتساع فتحة العين وبروزها قليلا وثباتها ورؤية الملتحمة على هيئة
حلقة بيضا محمرة حول القرنية ويتسبب من ذلك بشاعة السحنة
ثم يزداد جحوظ المقلة بحيث يمكن رؤية محال اتصال العضلات المستقيمة
وربما انخلعت المقلة مدة النوبة خارج الحجاج واحتاج الأمر الى
ردها باليد فى محلها وتصاب العينان معا عادة وتندر اصابة عين واحدة
وفى الابتداء يحصل فى الاجفان تشنج ومتى جحظت العين لا تكفى الاجفان
لغلقها فتحتقن الملتحمة وتتعرض القرنية للمؤثرات الجوية ليلا ونهارا
فتلتهب وتتقرح ويضطرب البصر وانما يصير قصيرا أو طويلا فى
أحوال استثنائية ويشاهد الذباب الطائر وقد يمتد الاحتقان الى
الشبكية فتتمدد أوعيتها وربما حصلت فيها اكيموزات نقطية (جاليزوسكى)
وأما الحدقة فتبقى طبيعية

وقد يحصل خصوصا عند الاستيريات شلل عام فى عضلات المقلة الارادية
التى يتوزع فيها الزوج الثالث والرابع والسادس ولا يبقى سليما الا رافعة
الجفن العلوى ويتسبب عن ذلك ثبات المقلة واكتساب السحنة هيئة
التعجب ولا يرى المريض الاشياء الموجودة على يمينه أو يساره الا
بالتفات الرأس نحوها ولا يصيب الشلل العضلات الباطنة للمقلة
وقد شاهد المعلم (جراف) انه عند نظر المريض الى اقدامه لا ينخفض

الجفن العلوى كما هو المعتاد وقال ان هذه العلامة تكون لتشخيص المرض فى مبدئه اذا كان جحوظ المقلة غير واضح ولم يوجد عند المريض الا الخفقات ولكن هذه العلامة ليست خاصة بداء جراف لانه يكون مشاهدتها ايضا فى جحوظ المقلة الناشئ من أورام الحجاج مثلا

واختلفت الاراء فى بيان سبب جحوظ المقلة هنا فالبعض ينسبه للاحتقان وتوتر وامتلاء الأوعية مدة النوبة والبعض ينسبه للاحتقان وتمدد الطبقة الشحمية للحجاج معا ومن المشاهد أن الجحوظ يزداد مدة النوبة ومدة الحيض وأنه ينصرف فى الجثة

وأما تمدد الغدة الدرقية فأنه يعقب فى العادة جحوظ المقلة وقد يسبقها وقد يكون عاما للغدة كلها والغالب أنه يكون زائدا فى الفص الايمن ويكون فى الابتداء خفيفا بحيث لا يستحق اسم الغوتر ولا يصل الى حجم الغوتر المرضى الجنسى ابدا ولكنه يصير متزايدا وامخا بحيث يضغط على الحنجرة ويوجب عسر التنفس أو نوب اختناق واضطراب الصوت خصوصا اذا انضغط الجزء السفلى من الغدة بين القصبة والقص

وبجس الغدة الدرقية يستشعر فيها بنضات شبيهة بنضات الأجسام الاسفنجية وبالتسمع يوجد فيها نفخ مزدوج سيستولى ودياستولى شبيه بنفخ الأورام الانورزمية وتتمدد أوعيتها الشريانية وتستطيل وتصير سميكة ويزداد الانتفاخ فى الغدة جدا مدة النوبة والانفعالات النفسانية

وأما الارتعاش العضلى الذى يشاهد فى الغوتر الجحوظى فأنه يكون فى الابتداء قليل الوضوح بحيث يلزم البحث عنه لاجل مشاهدته ومجلسه فى الغالب فى الأطراف العليا لاسيما فى اليدين ويتسبب عنه صعوبة الكتابة والأشغال اليدوية الدقيقة ويحصل الارتعاش فى الاطراف السفلى مدة النوم واليقظة خصوصا فى القدم وقد يعم جميع عضلات الجسم وقد يصحبه تقلص

وأما

وأما الاعراض الأخرى التي تشاهد هنا فاهمها الاعراض العصبية والمخية أما الاعراض العصبية فتتعلق غالبا بالنقوزات العامة كالاستيريا والصرع وشللها المتنوع وأما الاعراض المخية فتختص باضطراب المعقولية والحنوف الضيق والماليخوليا وهذه الأعراض تكون اما سابقة للنوبة الجولية أو مضاعفة له ويصحبها التغير في طباع الشخص وسوء خلقه وسهولة تخلفه وضعف قوة الحافظة وفقد النوم وصداع وهذا ما يوجب له التعب والهزال وعدم القدرة على الاشغال مطلقا

وقد يشكو المريض بعسر التنفس أو يتحصل له انزفة رئوية او باسورية أو رعاف أو انسكابات دموية في الشبكية ويشاهد في الغالب اضطراب الهضم وفقد الشهية أو زيادتها عن الحد ومع ذلك تتقدم الانيميا والضعف وتنتفخ البطن ويحصل امساك أو اسهال ويتمدد الكبد والطحال

وينقطع الطمث ويستعوض بفقد أبيض ويصير البول زلاليا اوسكريا وبعض المرضى يشتكي بالاحساس بحرارة زائدة في جسمه ولا يحتمل الغطاء ولا الملابس وقد يصحب ذلك ارتفاع الحرارة الطبيعية بنحو درجة واحدة ويتغطى الجلد احيانا بعرق بارد أو تظهر فيه بقع فرفورية اونقط فيها نبتية أو بهاقية ربما تمتد على سطح متسع خصوصا في العنق والكتف والذراع أو يظهر فيه طفح الجزء أو يصير أوزيماويا

ومتى تقدم المرض يزداد الضعف والنحول الى درجة مفرطة يعبر عنها بالكاشيكسيا الجحوظية

(السير والانتهاء) لا يشاهد المرض على الدوام بهيئته التامة التي شرحناها فانه قد يفقد احد عناصره الأصلية اما الخفقان أو جحوظ المقلة أو تمدد الغدة الدرقية او يكون قليل الوضوح جدا وتتسلطن الاعراض العصبية عوضا عنه وعلى كل فسير المرض عادة بطيء ومدته مختلفة ربما تصل الى عشر سنين أي ١٢ أو أكثر وينتهي بالموت غالبا

وقد يكون المرض حادا وربما هلك المريض بالأسفكسيا في مسافة بضع أشهر ويحصل الموت غالبا بالكاشكسيا الجوطية أو بالعوارض الطارئة كالنزيف الرئوي المعوي والحمى (هيرتش) او بالجنون (تيسيه)

(الأسباب) يشاهد الفوتر الجوطي عند الكهول غالبا لاسيما عند النساء وذوي المزاج العصبي أو الانيماويين وقد يشاهد عند الشبان ويندر عند الاطفال والشيوخ

وهو يضاعف الأمراض العامة غالبا كالاستيريا والصرع والكوريا والجنون وبعض امراض الجهاز التناسلي والانيميا والكلوروز وبعض الانفعالات النفسانية الشديدة كالخوف والفزع والغضبة والرعب الفجائي وأما الحمل فأنه يتسبب منه عادة خفة في الأعراض

واختلفت الاراء في تعيين طبيعة الفوتر الجوطي فالبعض يزعم أنه يتعلق بامراض القلب وصماماته والبعض ينسبه الى آفات العقد السمبائوية المنعقية (تروسو) ولكن وجود القلب والعقدة المذكورة خاليين من الآفات عند بعض المرضى (رانفيه) ماينفي هذه الآراء والرأي المرجح الآن هو اعتبار المرض كنفروز البصلة المخية الذي يصطحب باضطراب في النخاع المستطيل او القشرة الدماغية ولم يزل هذا الرأي محتاجا الى الاثبات

(التشريح المرضي) لا توجد آفات خاصة ثابتة ولكن يكون القلب في الغالب متمددا أو ضخما أو مستحيلا شحميا أو تشاهد فيه آفات التهاب الغشاء الباطني وتوجد شرايين الغدة الدرقية متمددة واوردتها دوالية ونفس الغدة متضخمة ومرتشحة بسائل مصلي أو مصابة بأكياس وبقع جيرية ويقل حجم العين حيا أو بعد الموت من الجثة بسبب انصراف الاحتقان الوعائي ولكن النسيج الشحمي المحيط بالمقلة قد يكون متزايدا أو تكون العضلات مستحيلة شحمية ومن جهة المراكز العصبية فقد تشاهد اصابات النخاع ولاسيما مركزه السنجابي وكذا العظيم السمبائوي العنق وعقده العصبية توجد مصابة

في اغلب الأحوال أما بالاستحالة الشحمية أو بالأسكليروز أو تشاهد ضخامة في العقد اللنفاوية في الجانب المتضعف يتسبب عنها ضغط العصب الرئوي المعدي

(التشخيص) يصعب التشخيص في ابتداء المرض اذا كانت اعراضه غير تامة فيلزم البحث الجيد عن القلب والعين وعن حالة الغدة الدرقية والارتعاش العضلي والبقع الغيفانية أو البهاقية وعن باقي الاعراض العصبية وعلامة جراف واعتبار سن المريض وحالته العامة لاجل الوصول الى تعيين التشخيص

(الانذار) المنوتر الجوظي مرض خطر ينتهي بالموت غالبا أو الكاشيكسيا والجنون وقد ينتهي بالشفا ولكن لا يؤمل الا في الأحوال الحديثة العهد.

(المعالجة) المعالجة متنوعة جدا ويمكن اعتبارها من وجهين عامة وعرضية أما المعالجة العامة فمنها التدبير الغذائي الخفيف المقوي واستراحة المريض في الفراش غالبا وتجنب الأتعاب والمشاق والانفعالات النفسانية وتجنب الارضاع المستطيل عند المرأة وعدم الافراط على العموم والامتناع من شرب الدخان والأقامة في الفلوات أو القرى أو بجوار شواطئ البحار أو في الجبال المرتفعة والتوجه الى المياه المعدنية المقوية أو استعمال التدبير المبني أو اللبني

وأما الأدوية فاهمها اليودورات والمركبات الحديدية والكينية ودبوس يوصي باستعمال الدويداوين من نصف ملل الى واحد مليجرام في اليوم وأهم من ذلك استعمال الكهربائية لأجل جلونزة الأعصاب السمباتوية ويستعمل لذلك ٦ الى ٨ عناصر ويوضع القطب الزائجي على العامود الفقري في حذاء الفقرة الخامسة العنقية والقطب الزجاجي يصير تسييره بطول العضلة الترقوية الحلمية وباستعمال الكهربا شوهد تنازل ضربات القلب الى ٢٠

او ٨٠ وتحسن الهيئة العامة للمريض عقب التكهرب حالا ولكن لا تحصل هذه النتيجة دائما وبعضهم يوصي باستعمال المغذ الدرقية او كبها (بتار)

وأما المعالجة العرضية فأهمها معالجة الخفقان بواسطة الديجتالا الامحلول ٣جـ في ٢٠٠ كل ساعتين ملعقة كبيرة او الكونفالاريا (٢٠ نقطة ثلاث مرات في اليوم) والاستروفانتوس او وضع مثانة مملوءة بالجليد المجروش على قسم القلب او العنق

ولأجل معالجة التوتر تعطى اليودوريات (يودور البوتاسيوم ٣جـ على ٢٠٠ ماء كل يوم ثلاث ملاعق كبيرة) او تعامل المغذ بالكهرباء او يطلى البلاد فا وعلاقتنا أوم لليودور

وضد الجحوظ الصبغي تستعمل صبغة اليود مسا على الأجفان (جراف) ويجب تنظيف العين بالغسل مرارا بالماء الفاتر أو اللبن أو الجليسرين وتربط برباط حافظ لها

وضد الحالة العصبية يعطى برومور البوتاسيوم وتستعمل الايدرو تيرابي وتعالج صعوبة الطمث بوضع المحولات على الأطراف السفلى والمقويات

(الفصل الثاني في امراض الاورطى)

(المبحث الأول في التهاب الاورطى)

التهاب الأورطى اما حاد أو مزمن ومجلسه بالأكثر في الأورطى الصاعدة وقوس الاورطى

(الاسباب) اسباب الالتهاب الحاد اما ان تكون جرحية كصدم الصدر وجرح واما ان تكون تابعية بالمجاورة كالتهاب التامور وخراجات الحجاب المنصف وآفات المرئ والقصبة والشعب والرئة اليمنى واما ان تكون متعلقة بمرض عام كالزهري والروماتزم والحالة النفاسية

وأما الالتهاب المزمن فانه اما ان يكون اصليا أو تابعيا للالتهاب الحاد ويكون محدودا اذا حدث عن اسباب موضعية ويكون منتشرا اذا تعلق بالاتيروم

بالاتيروم الوعائي العام ويشاهد غالبا عند المتقدمين في السن لاسيما الذكور والمدمنين على الخمر وشرب الدخان والمصابين بالزهري وداء الخنازير والنقرس والروماتيزم وداء برايت ومن اسبابه التعرض للحرارة الشديدة كالغزان والطباخ وعطشجي الوابورات

(التشريح المرضي) تتركب الأورطى كباقي الشرايين من طبقة ظاهرة خلوية وطبقة متوسطة مرنة عضلية اليافها العضلية نادرة في الأورطى بالنسبة للشرايين الاصغر منها وطبقة باطنة بشرية وتلك الطبقة البشرية تتركب من طبقة خلوية سطحية ذات خلايا نواتية تحتها طبقة بشرية ثانية ذات خلايا مبططة نجمية والطبقتان منفصلتان عن بعضها بنسوج خلوي دقيق

ففي الالتهاب الحاد اذا كان السبب جرحيا أو بالمجاورة ربما يصيب جدر الأورطى بتمامها وما عدا ذلك فان الالتهاب الحاد يبتدئ عادة بالطبقة الباطنة فتحتقن الأوعية الشعرية وتنتفخ الخلايا البشرية الغائرة وتبرز على هيئة لطخ هلامية وبالبحث عنها بالميكروسكوب توجد متخللة بخلايا جنينية مستديرة فوائية بين خلاياها مبططة النجمية ومرتشحة بمادة مصلية دموية وقد تصل سماكة الطبقة البشرية الغائرة هنا الى درجة فائقة جدا تفوق سمكها الاصلي بخو مائة مرة ويمتد الالتهاب في الطبقة المتوسطة في الالتهاب الحاد ويعم جدر الأورطى في الالتهاب المزمن وقد ينتهي بالتقيح واجتماع الصديد في جدر الأورطى أو انسكابه في التيار الدموي

وفي الالتهاب المزمن تشاهد في الغالب ظواهر الاتيروم التي تبتدئ بظهور بقع مصفرة بارزة تحت البشرة السطحية متكونة من حبيبات وخلايا شحمية تنتهي بالاستحالة على حالة الحوامض الدهنية أو تتحجر ويتزحها التيار الدموي وتتقلع عنها في الحالتين رواسب

ملحية جيرية على هيئة لطخ متبسنة غضروفية قليلة المقاومة بحيث تنتهى بالانبعاج من تأثير التيار الدموى فتصاب الطبقة المتوسطة بالاتيروم والتكلس ايضا وتضعف مقاومتها وتفقد مرونتها فيؤثر عليها التيار الدموى ويزداد تقعيرها ويمتد الالتهاب الى الطبقة الظاهرة وتختلط الانبعاجات ببعضها وتكون وربما انوديزما أوريا

ويشق جدر الأورطى المصابة بالالتهاب المزمن توجد تلك الجدر سميكة تقاوم الشق متيبسة وسطحها غير منتظم فيه بروزات وانبعاجات وارتشاحات كلسية على هيئة صفائح أو بقع وشكلها متشوها بدرجة مختلفة

(الأعراض) قد يبتدئ الالتهاب الأورطى بدون أعراض واضحة فلا يستشعر به المريض وفى أحوال اخرى تصحبه حمى وضيق فى الصدر وثقل فى قسم القلب و القسم الشراسيفى وعسر فى التنفس وفى بعض الأحيان يصحبه ألم شديد شبيه بالذبحة الصدرية واذا انتهى بالتقيح وانفتح الخراج فى تجويف الأورطى تظهر اعراض الامتصاص الصديدى

وأما الالتهاب المزمن فأعراضه غير محسوسة غالبا ومتى كان محلسه الأورطى الصاعدة وقوس الأورطى كما هو الغالب توجد اصمية منتسعة فى حذاء قاعدة القلب وبدلا من كانت ٤ الى ٥ سنتيمتر تصل الى ٧ أو ٨ سنتيمتر وزيادة (بيتر) وبالتسمع يوجد نفخ سيستولى بطول الأورطى منشأه البروزات المتكونة على سطحها الباطن ويوجد نفخ دياستولى فى القمة متعلق بعدم كفاية الصمام الأورطى الناشئ عن تمددها ويكون النبض صلبا فجائيا واذا كان الاتيروم واصلا الى الشريان الكعبرى يصير متموجا متيبسا ويتضاعف الالتهاب الأورطى الاتيرومى بضخامة القلب المتعلقة بالاتيروم العام

ويتوصل الى التشخيص بمساعدة اعراض الاتيروم التى يمكن مشاهدتها فى الأوعية الدائرية فالشريان الكعبرى مثلا قد يكون متيبسا كأنه انبوبة متحجرة

منقرع بحيث لا يحس فيه بالنبض بسبب عدم تمدده والشريان الآخر ندعه ايضا فلا يحس فيه بنبضات قوية في حذاء المرفق أو يكون متيبسا معوجا وقد يكون النبض غير متساوٍ في الكعبرتين بسبب تقدم الانيوروم في أحدهما زيادة عن الآخر وقد يشاهد في الشريان السباتي تيبس او تمدد انوريزماوي وعند بعض المرضى تشاهد الغنغرينا الشيخوخية أو الجافة في الأطراف بسبب انسداد الشرايين أو تشاهد اعراض اللين المخي أو النزيف المخي أو الالتهاب الكلوي الاسكليروزي ونحو ذلك

(الانذار) انذار الالتهاب الأورطي خطر بسبب المضاعفات الملازمة له كالانوريزما والذبحة الصدرية وعدم كفاية الصمامات وضخامة القلب والامتصاص الصديدي

(المعالجة) يعالج الالتهاب الحاد بمضاداته كالفصد والعلق والحجامة الرطبة والحراريق والجليد على الصدر والالتهاب المزمن بالمحولات كالحراريق والمقصات والكي الترموكوتيري ويسكن الالم بحقن المورفين ويعطى يودور البوتاسيوم بمقدار كبير ويداوم عليه مدة وتراعى الحمية الموافقة وتعالج المضاعفات في مبدئها

(المبحث الثاني في انيورزما الاورطي)

انوريزما الاورطي اما أن يكون مجلسها الأورطي الصدرية أو الأورطي البطنية وحيث انها مختلفة الأوصاف في الحالتين يقتضي شرحها على انفرادها

(اولا في انيورزما الاورطي الصدرية)

الأورطي الصدرية تنقسم الى ثلاثة اقسام الأورطي الصاعدة والنازلة وقوس الأورطي ويمكن حصول الانوريزما في جميع امتداداتها

(الاسباب) انوريزما الأورطي نادرة قبل سن العشرين وتشاهد بالاكثر بين سن الثلاثين والاربعين وتشاهد في الرجال اكثر من النساء وجميع الاسباب التي تحدث التهاب الاورطي الحاد والمزمن تساعد ايضا على حصول

الانوريزما لاسيما الزهري والاتيروم والسكر المزمن وما يهيئ لحصولها الصنائع التي توجب حركات الأطراف العليا بقوة وحمل الاثقال كالتقاذيف والعسكرية والبحرية والعتالة ونحو ذلك

وتشاهد الانوريزما بالاكثر في الأورطي الصاعدة ثم في قوس الأورطي ثم في الأورطي النازلة

(التشريح المرضي) انوريزما الأورطي قد يكون مستويا مغزلي الشكل فاذا كان صغير الحجم يقال له تمدد الأورطي او انوريزما الأورطي على حد سواء وقد يكون بوزقيا او على شكل الفنجان اذا كان بمجلسه جيب والزلغا بجوار العمام وقد يكون كالجيب أو الكيس ويختلف حجمه من حجم البندقة الى حجم رأس الجنين وقد تجتمع هذه الاشكال الثلاثة عند شخص واحد

ومتى شق الكيس الانوريزمي يوجد متصلا بالأورطي بفتحة مختلفة القطر والاتساع جدا وتوجد جدره متكونة من طبقات من الليفين متراكمة فوق بعضها كقشور البصل سمكها غير منتظم الطبقات الظاهرة منها متكاثفة جدا مبيضة متينة ومرنة ومجردة من التركيب العضوي ومن الأوعية وكلما قربت من مراكز الانوريزما كلما قل تكاثفها وقوامها وتكون الطبقات الباطنة على هيئة جلط رخوة مستمرة حديثة التكوين ولا ينشأ عنه انعقاد الدم في الانوريزما المغزلية الشكل

واختلفت الاراء في كيفية تكون الانوريزما فالبعض يزعم ان الطبقة البشرية الباطنة تستتر وتكون جدرا الانوريزما وأما الطبقتان المتوسط والظاهرة فانهما يضمران ويضمحلان والبعض يزعم ان الطبقة الوسطى هي التي تزول وتتكون جدر الانوريزما من الطبقة الظاهرة التي تتكاثف وتحد الانوريزما وجميع هذه الكيفيات ممكن مشاهدتها وربما يكون الانوريزما ارتشاحيا اعني أن الدم يرتشح بين الطبقة الباطنة والمتوسطة ويفصلهما ويتمشى بينهما في امتداد مختلف

وبجلس

ومجلس الانوريزما يختلف فالانوريزما البودقى يشاهد فى جيوب والزلقا والانوريزما المغزلى يحصل عادة فى الاورطى الصاعدة والانوريزما الكيسى يشاهد فى عموم الاورطى ويكون مجلسه الوجه المقدم أو الخلفى أو الجانبى لهذا الوعاء وقد يشاهد فى قوس الاورطى فى حذاء منشأ الشريان اللااسم له بحيث تكون فتحة هذا الشريان فى جدار الورم الانوريزمى أو يكون الانوريزما بين هذا الشريان والسباتى الايسر أو يكون فى طرف قوس الأورطى المجاور للعامود الفقرى

ثم ان مجاورة الانوريزما للاعضاء المختلفة تتسبب عنها آفات متنوعة فالعظام مثلا يحصل فيها التهاب اسفنجى يوجب تآكلها وفقد جوهرها بالامتصاص كالقص والأضلاع والترقوة والفقرات والاجزاء الرخوة يحصل فيها التهاب التصاقى أولى ثم تقرح كالبليورا والتامور والقصبة الهوائية والشعب والرئة والمرئ والشريان الرئوى والوريد الاجوف العلوى والأذين الايمن والتامور وقد تثقب هذه الاعضاء وتتمزق الأنوريزما وينسكب الدم فيها بهيئة نزيف مقتل واتصال الانوريزما بالأوردة المركزية يعقبه تكون الانوريزما الشريانية الوريدية

ويصحب الأنوريزما الأورطية غالبا درن الرئتين وينسب ذلك لضغط الشريان الرئوى (رينو)

(الاعراض) قد تكون الانوريزما الاورطية كامنة غير محسوسة الأعراض بدرجة واضحة حتى يموت الشخص فجأة ولكن ذلك نادر وفى الغالب تصحبها اعراض وعلامات واضحة تختلف باختلاف مجلس الانوريزما وحجمها وسنشرحها على التعاقب فى الاورطى الصاعدة وقوسها والأورطى النازلة

(انوريزما الاورطى الصاعدة)

الانوريزما البودقية لجيوب والزالقا تؤثر على الصمام الأورطى عادة ويحصل فيه عدم الكفاية الذى يعرف بالنفخ الدياستولى وباقى الاعراض المخصوصة

بهذه الآفة وحيث أن الانورزما المذكور لايصل الى حجم كبير فلا تتسبب
عنه أعراض خاصة ولكنه ينفجر عادة في التامور ويحدث الموت الفجائي
والانورزما المعوي للأورطي الصاعدة يتعلق غالبا بالانديوم الوعائي
ويتسبب عنه فقد مرونة الوعاء وتصحبه إعراض الانديوم العامة التي شرحناها
آنفا وإذا وصل الالتهاب الانديومي الى صمام الأورطي يتضاعف التمدد
الأورطي بأعراض آفات هذا الصمام ولا تشاهد للانورزما المذكور أيضا
اعراض خاصة ولكنه لايوجد وحده الا في احوال استثنائية وأما في
العادة فيكون مصحوبا بأنواع الانورزما الأخرى الجيبية
وأما الانورزما الجيبي فإنه اذا كان مجلسه الوجه المقدم للجزء الصاعد
للأورطي فإنه ربما تمضي عليه مدة مديدة بدون أعراض واضحة الى أن
يصير حجمه كبيرا فتبتدئ علاماته أو يسبقها تألم غيرمهم وبالكشف على
المريض يوجد بروز أو تحدب واضح في جدار الصدر في حذاء الاورطي أي
بجوار الحافة اليسرى للقص بقرب المسافة الثانية بين الاضلاع وبوضع اليد
على البروز يحس فيه باهتزاز وبنضات واضحة موافقة لضربات القلب كأن
الشخص له قلبان وإذا برز الورم بدرجة كافية بحيث يمكن القبض
عليه باليد يحس فيه بحركة تمدد مخصوصة واصفة يمكن الركون عليها
في التشخيص لأن النبضات يمكن مشاهدتها في الأورام الغير الانورزمية
التي توجد أمام الأورطي بحيث تندفع أمامها وتحرك بحركاتها وأما التمدد
فلا يشاهد في اورام أخرى ويمكن ايضاح حركة التمدد للعين بالطريقة
الآتية وهي ان يطلي الورم بعجينة اللصقة ويترك فوقها غطى خالي
من الطلي فيرى اتساع الشق في كل حركة سيستول
ويمكن ايضاح النبضات اذا لم يمكن مشاهدتها بالمنظور الأمام بالطريقة
الآتية وهي اذ توضع العين في حذاء واحد مع مساحة الجسم وينظر
الى الصدر امام من فوق الكتف في حالة وقوف المريض أو جلوسه

واما ان ينظر الى الصدر من اسفل الى اعلا فى حالة استلقاء المريض على ظهره
واما ان يوضع المسماع فوق الورم على هيئة رافعة فترى النبضات معظمة فى
طرفه الثانى
وقد تكون النبضات فى الورم مزدوجة فالنبضة الأولى توافق السيستول
وتحصل بعده بقليل وتنشأ من اندفاع الدم بقوة فى تجويف الأنوريزما
وأما النبضة الثانية فانها توافق تقهقر الموجة الدموية من الشرايين
الكبيرة وهى ضعيفة وليست ثابتة ويصحب النبض تمدد الورم والاهتزاز
وبالقرع توجد الأصمية تامة فى حذاء الورم ويختلف اتساعها طبعاً
باختلاف حجم الورم
وبالتسمع يمكن الاحساس بصوت قرع ونفخ اما صوت القرع فيكون
بسيطا أو مزدوجا على حسب الاستعدادات
وتنشأ القرعة الأولى من صدمة الموجة الدموية على جدر الانوريزما
ولذلك توافق السيستول ويشترط لحصولها ان تكون فتحة الكيس
الانوريزمى متسعة بحيث تصل الموجة الدموية فى باطنه بسهولة ولا
تسمع القرعة المذكورة فيما عدا ذلك وأما القرعة الثانية فتنشأ من
انغلاق الصمام الأورطى وتوافق اللغط الثانى
والنفخ ايضا يكون بسيطا أو مزدوجا على حسب الأحوال وينشأ النفخ الأول
السيستولى من مرور الموجة الدموية على بروزات سطح الأورطى إن وجدت
أو ينشأ من ضيق الأورطى الحاصل من ضغط الانوريزما على جدرها
ولا يسمع هذا النفخ فى جميع الأحوال وأما النفخ الثانى الدياستولى
فانه يتعلق بعدم كفاية الصمام الأورطى ان وجد وقد يسمع القرع والنفخ
ايضا بين اللوحين
وأما ضخامة القلب فلا تشاهد فى انوريزما الأورطى الصاعدة الا اذا
كان التمدد قريبا من الصمام فانه يؤثر على القلب كآفات الصمام الأورطى

ولكن تنخفض قمة القلب عادة فتحس بضرباتها اسفل من محلها المعتاد ويحصل ذلك من ضغط الانورزما وثقلها على القلب
ومادام الانورزما قاصرا على الوجه المقدم للأورطى الصاعدة فهو أقل خطرا بالنسبة لغيره وربما تمتد حياة الشخص الى عمر طويل ومع نموه يزداد بروزه ويؤكل العظام أمامه فلا تقاوم الاضلاع ولا القص تأثيره فيتقبها ويظهر على هيئة ورم غير منتظم يصل حجمه الحجم البرتقالة أو أكبر وربما احمر الجلد في حذائه واستمر قجمدا وأما انفجار الانورزما في الخارج فهو نادر جدا وإذا استمر التأثير على الجلد يزداد احمرارا وتتكون فوق سطحه بثرة أو فقاعة تنفجر وتظهر الأدمة المعراة كابية دامية وتنتهي بالانفجار فيحصل نزيف مخيف ولكن يمكن ايقافه عادة وينتهي الانورزما بالانفجار من الباطن
وأما اذا نما الانورزما على يمين الأورطى الصاعدة أو يسارها فانه تتسبب عنه مضاعفات مختلفة وقد يضغط الانورزما على الوريد الأجوف العلوى فيعيق سير الدم فيه ويعقب ذلك دوالي الأوردة وتمددها في العنق وجدر الصدر وقد يحصل اتصال بين الانورزما والوريد الأجوف العلوي أو يتصل الانورزما بالشريان الرئوي فيمتزج دم هذه الأوعية ببعضه ويعقب ذلك السيانوز الازرق واذا قرب الورم الانورزمي من الابط ربما يضغط على الوريد تحت الترقوة واعصاب الضفيرة الذراعية ويعقب ذلك أوديما وآلام عصبية في الذراع المسامت للجهة المصابة
وأما اذا نما الانورزما في الوجه الخلفي للأورطى الصاعدة فانه يضغط على القصبة الهوائية أو الشعب الكبيرة ويعيق دخول الهواء في الرئة ويحدث ظهور خراخر صفيرية وشخيرية في الصدر واذا تقرحت الشعب ربما ينفجر الانورزما فيها ويعقب ذلك نزيف شعبي مقتل
(انورزما قوس الاورطى) بالنظر لمجاورة قوس الأورطى المهمة تتضاعف الاعراض

تتضاعف الأعراض في تمدده الانوريزمي وتتنوع جدا وبالنظر لوضع قوس الأورطي المغائر يسهل التباس أورامه الانوريزمية باورام الجاب المنصف الأخير والاعضاء المهمة المجاورة لقوس الأورطى هي القصبة الهوائية والشعب والمرئ والأعصاب الرئوية المعدية والراجع اليساري والفروع والضفائر السمبا ثوية والشريان الرئوي والعامود الفقري ولذلك تكتسب الأورام الانوريزما لقوس الأورطى اهمية كبيرة وربما تكون خطرة جدا ولو كانت صغيرة الحجم بسبب مجاورتها لطرف القصبة الهوائية وشعبها لأنها تضغط عليها وتضيق التنفس أو تفرجها وتنفجر فيها ويحصل نزيف شعبي مقتل وفي العادة يسبق النزيف المفرط نفث دموي يوجب النفث المدمم لان الطبقات الليفية المكونة لجدر الانوريزما تمنع سيلان الدم مدة وقد يتأخر النزيف الخطر عدة سنين

وضيق التنفس يحدث من ضغط القصبة أو الشعب أو من اصابة العصب الرئوي المعدي أو العصب الراجع ولذلك يكون عسر التنفس اما صدريا مصحوبا بخراخر صفيرية وشخيرية ونفث دموي أو مصحوبا بهبوط احد الرئتين لاسيما اليسرى عقب انسداد الشعب اليسرى بالكلية أو يكون حنجريا متعلقا باصابة العصب الراجع ومصحوبا بنوب اختناق أو سعال قوي أو ديكي واضطراب في الصوت ولو أن التأثير هنا يقع على العصب الراجع اليساري فقط ولا يشل الا نصف الحنجرة اليساري الا أن المشاهد ان اصابة احد العصبين الراجعين تتسبب عنه أعراض الاختناق كاصابتهما معا وذلك بسبب شلل العضلة الترجهالية في الحالتين كما هو رأي كريسابير فأنها عضلة فريدة تقبل فروعا من الراجعين وتشل اذا اصيب احدهما وقد يسبق شلل العصب الراجع تنبهه فتحدث اعراض الاختناق الشبيهة بتشنج المزمار (كريسابير) واذا اصيب العصب الجانبي الحاجزي فأنه يصحب عسر التنفس المذكور

فوتان وانقباض مؤلم فى الصدر.

واذا كان مجلس الانورزما فى قوس الأورطى فى النقطة المواجهة للعقص فانه يكون أقل خطرا وربما نما وكبر وبرز على جدر الصدر فى حذاء الغضروف الثانى اليسارى وظهرت فيه العلامات الخاصة بالأورام الانورزمية كالنبضات والتمدد والنفخ واما اذا كان مجلس الأنورزما فى قوس الأورطى بقرب الأورطى النازلة أى بجوار العامود الفقرى فلا تميز له علامات مخصوصة وبتأثيره على الفقرات تتأكل وبعدها يؤثر على اعصاب الازواج الفقرية وقد يضغط الأنورزما على الشريان الرئوى أو يفرجه وينفتح فيه ويختلط دم الوعائين

وأما عسر الازدراد فينشأ من ضغط الانورزما على المرى ومن اصابة الفروع المرئية للرئوى المعدى والعصب الراجع وقد يشاهد حصول الانسكاب الرئوى التقيحى عقب اصابة العصب المتحير أو الضفيرة الرئوية والضغط على العظيم السمباتوى قد يتسبب عنه انقباض حدقة العين اليسرى ووجود هذه العلامة مهم لانه يوجب الشبهة فى التشخيص وينبه الطبيب للبحث عن الحجاب المنصف وقد يصحب انقباض الحدقة عرق مقتصر على الجبهة المسامتة

وتصحب انورزما قوس الأورطى عادة آلام تختلف فى اوصافها ومجلسها باختلاف الاعصاب المصابة وظهور الآلام فى الغالب هو السبب فى تحريض المريض على معالجة نفسه وقد تسبق الآلام بقية العلامات بمدة طويلة كالآلام بين الاضلاع وكالفقرية عقب اصابة العامود الفقرى وكآلام الطرف العلوى عقب اصابة الضفيرة الذراعية وآلام الحجاب الحاجز عقب اصابة عصبه والآلام الذبحة الصدرية عقب اصابة الضفيرة القلبية وقد تصحب الآلام فى الطرف العلوى ضعف ومنذ لاث

ومن المهم البحث عن النبض لانه قد يكتسب اوصافا مختلفة فى

الكعبرى

الكعبرة اليمنى واليسارى ولايخفى ما فى ذلك من الفائدة فى التشخيص ويتأ
هذا الاختلاف عادة من ثلاثة أوجه فأما ان يضغط الورم الانوريزمى
على الشريان اليسارى تحت الترقوة اليسرى فيضيق قطره وأما ان تضيق
فتحة هذا الشريان بالرواسب الليفية داخل الكيس الانوريزمى أو
يكون الشريان تحت الترقوة ساكنا لكن تضيع صدمة الموجة الدموية
فى تجويف الكيس الانوريزمى ثم يسيل الدم فى الشريان تحت الترقوة بدون
نبضات سيلانا مستمرا كالماء فى القناة وفى هذه الحالة تستمر التغذية
والحرارة فى الطرف العلوى اليسارى كالمعتاد ولكن لا يحس بالنبض
فى معصمها أو يحس به ولكن بدرجة ضعيفة جدا وفى هذه الأحوال
الثلاث ربما يستمر النبض طبيعيا فى الجهة اليمنى بسبب عدم اعاقة الدورة
فى الشريان العضدى الدماغى وأما اذا كان مجلس

. . . .

الانوريزما فى حذاء هذا الشريان فان ضعف ضربات النبض يحصل فى
الكعبرة الأيمن ورسامة النبض هنا تظهر لنا الفرق بين الحالتين
بالدقة ثم أن تأخير النبض أو ضعفه فى الكعبرى والسباتى للجهة اليسرى
بالنسبة لشريانى الجهة اليمنى يستدل منه غالبا على وجود الانوريزما
فى قوس الأورطى بين الشريان العضدى الدماغى وبين السباتى اليسارى
(انوريزما الفرع النازل للأورطى) الطرف الانتهائى لقوس الأورطى وفرعها
النازل يمران بجوار العامود الفقرى واورامهما الانوريزمية تؤكل
الفقرات والاضلاع فى حذائها ولذلك تبتدئ اعراضها بالألم ومن نوع
الاعصاب بين الاضلاع المتألمة يمكن استنتاج ... مجلس الانوريزما واذا
وصل الضغط الى النخاع الشوكى ربما شوهد اعراض شلل [illegible]
و تضغط الأورام الانوريزمية ايضا [illegible]

والشعب والمرئ ويعقب ذلك ظهور الأعراض الخاصة بهذه الاعضاء
(المدة والانتهاء والانذار) مدة الانوريزما تختلف وهى فى العادة طويلة
وقد تدوم بضع سنين وينذر انتهاؤها بالشفاء الذاتى بانسداد الكيس
الانوريزمى سدا تاما بالرواسب الليفية ولايكاد يشاهد ذلك الا فى
الانوريزما الحادث الصغير الحجم واذا كان الانوريزما متعلقا بالاتيروم
الوعائى فلا يؤمل الشفا لانه لو فرض وبرئ الانوريزما فى نقطة من
الأورطى فانه يعقبه ظهور ورم انوريزمى فى نقطة ثانية بسبب تلف
جدر الوعا بالاتيروم
وانتهاء الأنوريزما الأورطى عادة بالموت الذى يحصل عقب تمزق الكيس
الانوريزمى وانسكاب الدم فى الشعب أو الرئة أو البليورا أو التامور
الخ أو يحصل الموت قبل تمزق الانوريزما بأحد المضاعفات المعتادة كالالتهاب
الرئوى النقيحى والدرن الرئوى والاسفكسيا وضغط الشريان الرئوى
والوريد الاجوف العلوى وآفات الصمام الاورطى ونحو ذلك
(التشخيص) يسهل التشخيص متى كان الانوريزما ظاهرا وعلاماته واضحة
وأما اذا كان باطنا غائرا أو كامنا فيعسر تشخيصه ويلزم سرد أعراضه
كلها واعتبارها بالدقة ولاجل عدم التباسها بأورام الحجاب المنصف وضخامة
عقد اللنفاوية يتذكر الطبيب ان الانوريزما نادر جدا قبل سن العشرين
وعند النساء كثير الحصول عن الفلاح والملاح والجهادى والمصابين بالزهرى
والاتيروم الوعائى وان وجود العقد اللنفاوية تحت الترقوة وفى الابط يستدل
منه على الاورام الخبيثة غالبا
(المعالجة) تنبنى المعالجة هنا كمعالجة عموم الانوريزما على تأخير سير الدم
فى الوعاء ومساعدة تكوّن الرواسب الليفية ولاجل الوصول الى هذه
النتيجة يقتضى ان يكون الانوريزما صغيرا وفتحته ضيقة وجدره سميكة
ويلزم المريض الفراش مطروحا على ظهره ليلا ونهارا لايتحرك ولايجلس بل يفعل
مايلزمه

ما يلزمه ويتعاطى الاغذية وهو راقد مستريح ولا يستخدم اطرافه العليا ويتبع التدبير الغذائى البسيط قليل التغذية ولا يشرب الا قليلا ولأجل تسهيل الراحة والحمية وتخفيف الآلام معاً على المريض تعطى له المركبات الافيونية والكلورال ولأجل تسهيل الحرمان من السوائل تعطى له قطع صغيرة من الجليد او فص ليمونة أو كربونات الصودا الفوارة ويستديم على ذلك مدة اسبوعين أو ثلاثة فاذا شوهدت سرعة أو ضعف أو خفقان فى النبض تخفف صعوبة المعالجة وتعطى له الديجيتالا ومتى تحسنت حالته يعود الى الحمية الاصلية باحتراس لغاية مدة شهرين فان أفادت المعالجة تقل الآلام وتنصرف ويصغر الانوريزما وتزول النبضات المرضية وبقية العلامات لتحصلت النتيجة يعود المريض الى الغذاء المعتاد تدريجا ويسمح له بالحركة تدريجا ايضا ولا يعرض نفسه بعدها للمجهودات

وأما اذا لم تحصل النتيجة بعد الشهرين او كان المريض مستعصيا على شوق المعالجة فيؤمر بالراحة بقدر الامكان وبعدم الافراط فى الأكل والشرب ويعطى له يودور البوتاسيوم بمقدار كبير مدة بضع اسابيع وفى اغلب الاحوال يحصل التحسين فى حالة المريض وتخف الآلام أو يعطى خلات الرصاص (٠.٥ ز فى كل ساعتين مرة) او التانين (٠.٥ ز فى كل ساعتين مرة) أو الارجوتين (نصف حقنة تحت الجلد فى كل يوم مرة) ولكن لم تحصل فائدة واضحة من هذه الأدوية

واذا كان السبب زهريا يضاف الى يودور البوتاسيوم المركبات الزيبقية ولا تفيد الديجيتالا والارجوتين فى الانوريزما الأورطى ولكن تنفع الديجيتالا اذا تضاعف الانوريزما بآفات الصمامات وضعف القلب والخفقان

واذا كان الانوريزما عظيم الحجم وخيف على المريض من انفجاره يمكن تأخير الخطر باعمال الفصد واستخراج مقدار قليل من الدم بقدر الضرورة بحيث لا يزيد

عن ٤ او ٥ اواق فى المرة ويعقب ذلك استراحة المريض وتلطيف الأعراض عادة

وأما المعالجة الموضعية بالجزء الأبرى البسيط والكهربائى فانه وان حصلت منه نتيجة حسنة فى بعض الأحوال الا انه يتولد منه الخطر وسرعة الوفاة فى احوال أخرى ويحتاج الى الممارسة والاعتياد فى العمل مما ليس فى امكان الجميع

(ثانيا فى انوريزما الاورطى البطنية)

انوريزما الأورطى البطنية تشاهد بالأكثر فى جزئها العلوى تحت الحجاب الحاجز فورا فى حذاء منشأ الشريان المعدى البطنى الذى يصاب مع الأورطى فى آن واحد غالبا ويكون فى النادر اسفل منه فى حذاء منشأ الشريان المساريقى ويكون استثنائيا اسفل من ذلك

والانوريزما الكيسى هو الأكثر حصولا واوصافه التشريحية الموضعية تشبه اوصاف انوريزما الاورطى الصدرية التى سبق شرحها

(الأسباب) اسبابه كاسباب الانوريزما الصدرية أهمها الاتيروم والزهرى والمجهودات والرجال عرضة له أكثر من النساء وقد يحدث من أسباب جرحية ايضا كالصدمات ونحوها

(الأعراض) اهم اعراضه الألم الذى يشتكى منه المريض ابتداء وتختلف أوصافه باختلاف الاحوال فتارة اصما أو ناخسا أو نوبيا وتارة يكون موضعيا أو منتشرا أو محيطا بالبطن كالحزام ويحدث من اصابة الفروع السمباتوية أو من تآكل الفقرات واصابة الأعصاب النخاعية

وأما العلامات الطبيعية فيمكن الاحساس بها اذا كان الانوريزما فى الجزء العلوى من الأورطى بالبحث عنه فى المراق الأيسر أو على يسار الخط المتوسط فيحس فيه بالنبضات ويمكن رؤيتها بحركة السماعة الذى يوضع عليه كالرافعة كما سبق ايضاحه واذا اصطحبت النبضات بتمدد الورم تحت اليد

ديكوت

اليد بتضح التشخيص وقد يحس بالاهتزاز ايضا وبالتسمع يحس بالنفخ
السيستولى تقريبا دائما
وأما اذا كان الأنوريزما بجوار الشريان المساريقى فانه يمكن الوصول اليه بسهولة
عن السابق واذا امتد الى الخلف يمكن اسكتشافه فى القطن والاحساس فيه
بالنبضات والتمدد والنفخ وقد يتسبب منه ضغط الأمعاء واحتباسها أو
الامساك الشاق
(الانتهاء) ينتهى الانوريزما البطنى عادة بالانفجار اما فى تجويف البريتون
ويموت الشخص فجأة أو فى المعدة والامعاء فيخرج الدم بالقيء أو الاسهال
ويموت الشخص بسرعة او يرتشح الدم فى المنسوج الخلوى وفى هذه
الحالة قد ينعقد فينسد ويعجو المريض او يستمر النزيف ويمتد الارتشاح
حتى يهلك الشخص وقد ينفتح الانوريزما فى الوريد الاجوف فيمتزج دم
الوعائين ويتأخر سير الدم فى الاوردة فترتشح الاطراف السفلى ويحصل
الاستسقاء الزقى
(التشخيص) يسهل التشخيص اذا حصل الاحساس بالنبضات والنفخ والتمدد
جميعا وخصوصا التمدد وهو الواصف وأما النبضات والنفخ فيمكن وجودهما
فى غير الانوريزما كالانيميا عند النساء وكبعض الأورام التى توجد امام
الأورطى
(المعالجة) لأجل تمييز هذه الاورام يوضع المريض على الاربعة فاذا سقط
الورم وأمكن تحريكه يستدل بهذا على أنه ليس انوريزميا لأن الأنوريزما
لا يتغير وضعها واذا سمع نفخ فى حذاء الفقرة الأولى والثانية القطنيتين تتقوى
الشبهة فى الأنوريزما
ولاجل معالجة الأنوريزما البطنى تتبع الطرق المذكورة فى الانوريزما الصدرى
اعنى الراحة والحمية والمسكنات ويودور البوتاسيوم ويمكن هنا اضافة
الطرق الجراحية اليها كالضغط الذى يعمل اسفل الورم الانوريزمى حالا مدة

تضيع ساعات لاجل ايقاف الدورة فيه وانسداده بالرواسب الليفية

(الفصل الثالث في امراض الاوعية الدموية الدائرية)

لما كان معظم امراض الاوعية متعلقا باسباب جرحية أو ظاهرة فان دراستها تختص بالجراحة فلنقتصر هنا على ذكر الالتهابات المتعلقة باسباب باطنية كالاوزيما المؤلمة البيضا والتهاب الشرايين وبعد شرح هذه الآفات نتكلم على السدد بوجه الايجاز فنقول

(المبحث الأول في الأوزيما المؤلمة البيضا)

التهاب الاوردة الدائرية وانسدادها تعقبهما اوزيما مؤلمة تختلف فيها درجة الارتشاح والألم باختلاف الأحوال وهذا هو المعبر عنه بالاوزيما المؤلمة البيضاء

وأما الالتهاب الوريدى الذى يصيب الاحشاء فأعراضه تتعلق وتختلط باعراض الحشا المصاب فلا تحتاج الى شرح مخصوص

(الأسباب) لايشاهد هذا المرض ذاتيا الا فى احوال استثنائية وهو يتعلق دائما تقريبا باسباب مرضية عديدة اهمها السدد والبعض زعم ان السدد تعقب الالتهاب الوريدى هنا ولكن اغلب المؤلفين وافقوا المعلم (ويرشو) فى القول بان السدد هى السبب فى الالتهاب الوريدى ويشترط لحصول السدد المذكورة اسباب منها بطؤ الدورة وكثافة البلاسما الدموية أو وجود الميكروبات فى الدم وسدد الميكروبات خطرة جدا لأنه يتسبب عنها تكون الوريد وتكون سدد سيارة عفنة وسنفيد الكلام على ذلك مفصلا فى شرح السدد

(التشريح المرضى) بالبحث عن الوريد المصاب يوجد على هيئة حبل متيبس ومتعرج وجدره سميكة ذات مقاومة وسطحه الباطن مغطى بازرار لحمية متكونة ابتداء من منسوج جنينى وعائى يستحيل فيما بعد الى حالة ليفية وتتولد منه زوائد تغور فى الجلطة الدموية التى تنعقد فى باطن الوريد

الوريد وتشبثها في جدار الوعاء

ومتى انعقد الدم في باطن الوريد على هيئة سدة فانها تملأ تجويفه ويكون طرفها المواجه لمركز الدورة دقيقا سائبا متحركا بالتيار الدموي وربما انفصلت منه جزئيات تسير مع الدم الوريدي وتصل الى القلب الايمن ومنه الى الرئة ويعبر عنها بالسدد السيارة

ويشق السدة الدموية توجد متكونة من جملة طبقات متسقة كالبصلة الطبقات السطحية منها محمرة اللون رخوة والمركزية سنجابية ليفية وتثبت السدد في محلها ابتداء بواسطة امتدادها في تفرعات الوريد ثم تلتصق بجدره بواسطة الزوائد الليفية الناشئة من النضح الالتهابي الذي سبق ذكره وبالبحث الميكروسكوبي عنها توجد متكونة من شبكة من الليفين محتوية على كرات دموية حمراء وبيضاء وتنتهي باحدى الاستحالات التي سنذكرها قريبا عند الكلام على السدد

(الأعراض) تشاهد الاوزيما المؤلمة البيضاء مدة النفاس من اليوم الخامس الى الخامس عشر بعد الوضع وعند المصابين بالدرن أو السرطان في ابتداء المرض أو مدة الكاشكسيا ويكون مجلس الاصابة اوردة الأطراف خصوصا الاطراف السفلى أو يكون في أوردة العنق وهو نادر

وتبتدئ الاعراض بطريقة غير محسوسة فيحس المريض بتألم في الطرف المصاب ثم يثبت الألم في نقطة كالاربية أو سمانة الساق في الطرف السفلي ثم يخدر الطرف أو تزداد احساسيته جدا وقد يكون الالم خفيفا أو شديدا ثم يحتقن الطرف احتقانا دواليا وتتوتر الأوردة الغائرة بطريقة واضحة بحيث أنه قد يمكن الاحساس بها على هيئة حبل صلب يمكن تتبعه لغاية الأربية وتتعسر حركة الطرف جدا وقد يحصل ارتشاح في مفصل الركبة وعما قليل تظهر الاوزيما التي تتميز بلونها المبيض بسبب خلو الجلد من الدم وتوتره وارتشاحه بمصل متكاثف بملأ الخلايا الادمية فلا يتيسر الضغط عليه

بالاصابع ولا يعقب الضغط اثر ثابت ويصحب الاوذيما تألم زائد بسبب انضغاط الفريعات العصبية في حذائها وهذه الاوصاف تميزها عن الاوذيما البسيطة الانيماوية والكلوية والقلبية وقد تكون الاوذيما قليلة الوضوح أو تتأخر في الظهور بعد الألم ببضع ايام أو بعض اسابيع فيعسر التشخيص ومتى ابتدأت فانها تبتدئ غالبا بالقدم أو الساق ثم تصعد الى الفخذ وقد يكون ابتداؤها بالعكس بالفخذ وتمتد الى أسفل وهذا هو المشاهد بالاكثر في حمى النفاس

(السير والانتهاء) اوذيما حمى النفاس تأخذ في التحسين بعد مضي ثلاثة اسابيع وأما اوذيما الدرن والسرطان فانها تستمر مدة مستطيلة وقد تصيب الأوذيما المؤلمة الاطراف الاربعة على التعاقب واذا انصرفت بقي تألم المريض بعدها ولا يمكن استعمال طرفه مدة بضع أشهر أو سنين واذا اجتهد في الرياضة المقوية ربما تظهر الاوذيما عنده ثانيا ويبقى النسيج الخلوي تحت الجلد في حالة تكاثف واضح مدة لا نهاية لها ولا تنتهي الاوذيما المؤلمة بتغرينا الطرف المصاب ما لم يمتد الالتهاب الى الشريان المجاور ولكنها تعرض المريض للسدد السيارة واخطارها

(التشخيص) تشخيص الاوذيما البيضا المؤلمة سهل عادة باعتبار الألم واوصاف الارتشاح ولا يتعسر الا في الأحوال التي يكون فيها الارتشاح قليل الوضوح وقد يهلك المريض بالسدد السيارة قبل تحقق التشخيص وظهور الاوذيما المؤلمة عند شخص مشتبه فيه بآفة سرطانية في المعدة مثلا ربما يستدل منه على تشخيصه

(المعالجة) لا يلزم استعمال الدلك في الاوذيما المؤلمة خوفا من تجزئة السدة الذاتية وتولد السدد السيارة منها ويكون استعمال المروخ المسكن بدون دلك ويلف الطرف بطبقة من القطن لأجل استراحة المريض

(المبحث الثاني في التهاب الشرايين)

التهاب الشرايين اما ان يكون جرحيا أو عفنا أو اتيروميا أو اسكليروزيا

(أولا فى الالتهاب الشريانى الجرحى والعفن)

(الاسباب والتشريح المرضى) الالتهاب الشريانى الجرحى يخص الجراحة مالم يكن متولدا من اسباب باطنية كالتقرحات الحشوية والسدد والاجسام الغريبة التى تصل الى تجويف الشرايين وتهيجها

أما التقرحات الحشوية فأنها تؤثر على الغمديات الشريانية من وجهين الأول ان ينشأ عنها التهاب جدر الشريان فتحتقن وترتشح بالافرازات الالتهابية التى توجب سماكتها وضيق قطر الوعا وانعقاد الدم فى تجويفه فينسد ويستحيل الى هيئة حبل ليفى لوتآكل بعدها وانتهكت لا يحصل من اصابته انزفة الثانى ان تؤثر القرحة على الشريان وتؤكله من الظاهر الى الباطن قبل تمام انعقاد الدم فيه وانسداده فترق جدره فلا تقاوم دفع الموجة الدموية عليها فتتمدد ويصاب الوعاء بالانوريزما ثم اذا تمزقت جدر الانوريزما المذكورة فانه يحصل نزيف خطر أو مميت وهذا هو المشاهد فى قروح المعدة وفى الكهوف الدرنية الرئوية مثلا

وأما السدد والاجسام الغريبة فأنها اذا وصلت الى تجويف الشريان تهيجه ويتسبب عنها الالتهاب الشريانى البسيط او العفن

والالتهاب الشريانى العفن يشاهد فى سير الامراض العفنة كالحميات الطفحية والتيفودية والنفاسية والحميات المتقطعة والدفتيريا وفى الروماتزم والدرن والزهرى

أما الالتهاب الشريانى الدرنى والزهرى فقد سبق شرحه فى العموميات وفى الدرن الرئوى فليراجع وأما الالتهاب الشريانى المتعلق بالامراض العفنة الأخرى فانه يتولد فى غالب الظن من تأثير الميكروبات أو افرازاتها المسممة وهو يشبه الالتهاب الاتيرومى وآفاته ولكنه يتميز بعدم انتشاره فى الشرايين بل ينحصر فى بعضها فقط باتساع كبير أو صغير

وبالبحث عن الشرايين المصابة بالالتهاب يوجد سطحها الباطن متحمضا محمرا

فاقدا للمعانه وغير مستو وفيه بروزات وانبعاجات شبيهة بأول البثرات الجلدية ثم يوجد في سطحها الظاهر عمقا وأوعيته متموجة وممتلئة بالدم وجدرها سميكة ومرتشحة بالمصل والكرات البيضا واذا كان الشريان صغيرا فنشاهد هذه الاعراض واضحة بواسطة الميكروسكوب وقد يكون الالتهاب قاصرا على جزء من جدر الوعا فيقال له الالتهاب الشرياني الجزئي وفي الغالب يكون الالتهاب عاما لمحيط الشريان واذا كان قطر الشريان صغيرا فان البروزات التي تكون على سطحه الباطن توجب ضيقه وانسداده وهذا هو المعبر عنه بالالتهاب الشرياني السادّ ويتسبب عنه وقوف الدورة في الفروعات الدائرية مالم يحل محل الشريان المفسد تفممات جانبية كافية

وقد يقتصر الالتهاب على الطبقة الباطنة للشريان أو على الطبقة الظاهرة فيقال له الالتهاب الشرياني الباطني أو الظاهري وهذا هو الاكثر حصولا في الالتهاب الاتيرومي والاسكليروزي

(الاعراض والانتهاء) تختلف اعراض الالتهاب الشرياني باختلاف مجلسه فالتهاب الاورطي الذي يشاهد في الجدري والحمى النفاسية والاجامية تتسبب عنه اعراضه الحادة او التحت حادة وقد سبق شرحها وأما التهاب الشرايين الدائرية في الاطراف الذي يشاهد في الحمى التيفودية مثلا فانه يتميز بالاحساس بألم حاد على سير الشريان يثور بالضغط عليه وبالحركة ويصحبه ضعف النبض أو فقده وبرودة الطرف وفقد الحس فيه واكتسابه لونا سيانوزيا وبالجس يحس بالشريان المصاب على هيئة حبل صلب واذا كان الانسداد تاما ولم تتم الدورة الجانبية يقع الطرف في الغنغرينا الجافة عادة او في الغنغرينا الرطبة في بعض الاحيان واذا لم تصل الاعراض الى هذه الدرجة ربما تعود الدورة في الشريان ويحس فيه بالنبض شيئا فشيئا ويزول توتر الحبل ويضمحل السيانوز الجلدي تقريبا ولكن لو فعل المريض مجهودات قوية ربما تتوالد الاعراض ثانيا وتحصل اوذيما . تحتية في الطرف

وأما

وأما التهاب الشرايين الدقيقة الذى يشاهد فى الحمى التيفودية والتى هـرى مثلا فانه تتسبب عنه اعراض تختلف باختلاف الاعضاء المصابة كالدماغ والنخاع الشوكى والرئة والكلا والقلب والعضلات ونحوها

(المعالجة) يعالج الالتهاب الشريانى الجرحى والعفن بالفصد الموضعى والمراهم الزيبقية والضمادات والبنج مع استراحة الطرف ومراعاة الحمية وتعطى من الباطن المسهلات والملينات ويودور البوتاسيوم واذا كان الالتهاب زهريا تفعل المعالجة النوعية وتختلف معالجة الالتهاب الشريانى الحشوى باختلاف الاحشاء كما هو مذكور فى شرحها

(ثانيا فى الالتهاب الشريانى الاتيروم والاسكليروز)

اتيروم الشرايين واسكليروزها هى ظواهر التهابية تشاهد عادة فى المجموع الشريانى الشعرى وربما امتدت الى الشرايين الغليظة ايضا وبالتظن لحصولها عقب تسمم الدم بالكؤول والرصاص مثلا يعبر عنها بعضهم بالالتهاب الشريانى التسممى

(الاسباب) يشاهد الالتهاب الاتيرومى والاسكليروزى فى الغالب عند الاشخاص المتقدمين فى السن ومن الاسباب التى تساعد على حصوله الادمان على الخمر والتسمم بالرصاص والصفود والنقرس والروماتيسم والزهرى والديابيطس السكرى

(التشريح المرضى) الالتهاب الاتيرومى والاسكليروزى كالالتهاب العفن للأوعية والدرنى والزهرى يكون مجلسه الغشاء الباطن أو الظاهر أو هما معا فاذا كان مجلسه الغشاء الباطن يتصف بظهور الاحتقان الوعائى الشعرى الذى يعقبه تكون بقع مصفرة بودقية الشكل فى حجم العدسة أو أصغر منها جدا متكونة من حبيبات دسمة تسيل من البقعة بسهولة اذا انثقبت وتنتهى تلك البقع بالامتصاص وتعقبها رواسب طحية صلبة فاذا كثرت البقع الدسمة فى جدر الوعاء واختلطت ببعضها يعقبها تيبس وصلابة غضروفية

أو عظمية حجرية ربما تتم جدر الوعا في امتداد كبير وتسمى هذه الحالة با بتروم الأوعية أو تتغلظ بحسب درجة الالتهاب وعواقبه ويتسبب عنها فقد مرونة الوعاء وسهولة تمزقه وتمدده الانوريزمي وخشونة السطح الباطن الموجبة لانعقاد الدم في حذائه وتكوين السدد واما اذا كان مجلس الالتهاب الغشاء الظاهر للأوعية فأنه يبتدئ بالاحتقان وتمدد الأوعية الشعرية وارتشاح الجدر بالنضح الالتهابي وسماكتها وبروزها في السطح الباطن للوعاء فتشترك الطبقة الباطنة في الالتهاب وتمتد البروزات في دائرة الأنبوبة الوعائية فيضيق قطرها وتنتهى بأنها تنسد وتلتحم ببعضها وتستولى الاستحالة الليفية على النقطة المصابة ويحيل الوعاء الى حبل ليفي وهذا هو المعبر عنه باسكليروز الأوعية

ويشاهد الاتيروم والاسكليروز الوعائي تارة بالانفراد وتارة مجتمعين كما يشاهد ذلك في أوعية الدورة الكبرى عادة ويكون سيرها بطيئا ويتسلطن الاتيروم غالبا في الاوعية الكبيرة والاسكليروز في الاوعية الدقيقة وتنشأ عنها بورات التهابية في الاحشاء تشغل مركز الوعاء المصاب أو يكون الوعاء المصاب بعيدا عنها

(الأعراض والعواقب) اعراض اتيروم واسكليروز الاوعية على نوعين اعراض متعلقة بالاوعية المصابة واعراض متعلقة بالاحشاء المتوزعة فيها تلك الاوعية فاما الاعراض المتعلقة بالأوعية فهي توترها واعوجاجها وزيادة الامتلاء الدموي فيها الذي يمكن تعيينه بمسامة النبض (خط الصعود قائم والقمة عريضة مبطلة وخط النزول متموج) وزيادة قوة الالغاط القلبية التي تكتسب صوتا رنانا ومضاعفتها بالمعنوي فوراو النمو في الاطراف

وأما الاعراض المتعلقة بالاحشاء فهي من جهة الدماغ الدوار والدوخة وضعف الحافظة والافازيا والشلل النصفي وضعف العقل الذي قد

يصل

يصل الى درجة الخلل والجنون ومن جهة الصدر الخفقان وضخامة القلب والذبحة الصدرية وعسر التنفس النوبى ومن جهة الجهاز الهضمى فقد الشهية وعسر الهضم ومن جهة الجهاز البولى اعراض داء برايت

ومتى تقدم الاثيروم والاسكليروز فى الاوعية يمكن مشاهدة العوارض الخطرة التى تعقب الانزفة والسدد الحشوية التى تنشأ من فساد الاوعية

(المعالجة) تنبنى المعالجة على التدبير الغذائى اللبنى ويودور البوتاسيوم من الباطن وتعالج الأمراض الأصلية كالنقرس والروماتيزم والديابيطس الزهرى

(المبحث الثالث فى السدد الدموية)

اسم السدد يطلق على انعقاد ليفين الدم فى باطن الأوعية الدموية والقلب وهو على نوعين سدد ذاتية وسدد سيارة فأما السدد الذاتية فالمراد بها الانعقادات الليفية التى تتكون فى باطن الأوعية وتسمى ثابتة فى محلها وأما السدد السيارة فيراد بها الانعقادات الليفية التى ينزحها الدم من محل منشئها ويبعدها حتى يوصلها الى وعاء اصغر حجما منها فتزدحم فيه وتسده

(الاسباب) تنوعت الاراء فى تفسير تكون السدد والظاهر أنها تحتاج فى تكوينها الى شروط مختلفة منها زيادة البلاسمين الدموى الذى بانعقاده يكون الليفين ومنها بطؤ سير الدم أو وجود بعض الميكروبات المعفنة فيه ومنها الآفات الموضعية للقلب والاوعية الدموية

أما زيادة بلاسمين الدم فتشاهد فى الخلوروز والكاشيكسيات السرطانية والدرنية وفى النفاس والنقرس والديابيطس وبعض الحميات

وأما بطؤ سير الدم فيشاهد ايضا فى الكاشيكسيات والانيميا والحميات الثقيلة وفى بارزيا القلب واستحالاته الشحمية والليفية ووقوف السيستول وعقب موانع الدورة الموضعية كالضغط الذى يحصل من رأس الجنين فى الحمل والوضع أو من الصفاقات على الاوردة المجاورة

كالوريد الفخذى مثلا

وأما الآفات الموضعية فأنها تصيب الغشاء الباطن للقلب والأوعية وتزيل ملاسته الطبيعية فيصير خشنا أو تتكون فيه بروزات أو تنفصل بشرته أو يتقرح فيفقد الدم في حذاء النقطة المصابة وتشاهد هذه الآفات في الانوريزما الوعائى والالتهابات خصوصا الالتهاب الحاد العفن التقرحى للقلب والأوعية الذى يحدث من وجود الميكروبات في الدم وتسمى السدد في هذه الحالة بالسدد الباكتيرية وهى الاشد خطرا من الجميع وتشاهد في الامتصاص العفن والحمى التيفودية وحمى النفاس مثلا

(التشريح المرضى) تتكون الانعقادات الليفية اما في القلب أو الشرايين او الأوردة الصغيرة أو الكبيرة وتبقى ثابتة في محلها أو تنفصل أو تتجزأ وتسير قطعها مع التيار الدموى ففى الاوردة تتجه السدد نحو الأجوف ومنه الى البطين الايمن للقلب ثم تنتهى في الرئة وتسد اوعيتها ومن البطين الأيسر والشرايين الكبيرة تتوجه السدد نحو الأوعية الشعرية للأحشاء والجلد أو الاغشية المصلية وتسدها وتصحب السدد آفات موضعية سابقة لها أو متسببة عنها ولذا يلزم اعتبار ذات السدة وذكر الآفات المصاحبة لها على حدتها

أما السدة فأنها تتكون من شبكة من ليفين الدم وبعض الكرات الحمرا التى توجد بالاكثر بقرب سطحها وبعض الكرات البيضا التى تتكون بالاكثر بقرب مركزها وتتميز بهذه الأوصاف عن الجلط الدموية الصغيرة التى تتكون في الأوردة بعد الموت فأنها متكونة من طبقتين عليا وسفلى فالعليا بالنسبة لوضع الجثة تكون مبيضة ومتكونة من الليفين والسفلى تكون مسمرة محمرة ومتكونة من الكرات الدموية الحمرا التى ترسب لثقلها وهذه الجلط تكون صغيرة جدا عن قطر الوريد كانها سابحة فيه

ومتى تكونت السدة في باطن الأوعية فأنها تملا تجويفها عادة أو تسد

وتلتصق بجدره ويبقى طرف السدة الملامس للدم اما كالا أو دقيقا خيطيا تضربه الموجة الدموية وربما تجزئه وتنزع الاجزاء التى تنفصل منه لتكون السدد السيارة

واذا شققت السدة بالمرض فوجد متكونة من عدة طبقات متداخلة غير منتظمة كالبصلة الطبقات السطحية منها محمرة رخوة والطبقات المركزية سنجابية ليفية وسبب هذا الاستعداد البصلى هو ان الانعقاد الليفى متى ظهر فى باطن الوعاء يكون رخوا ثم ينكمش فيصغر حجمه ويتكمل برسوب طبقة جديدة من الليفين على سطحه ويبقى انكماش الليفين الأكدم ورسوب ليفين جديد على سطحه فتكتسب السدة استعدادها البصلى

ومتى تكونت السدة فى باطن الأوعية تكون عرضة لثلاثة احوال فأنها إما ان تتجزأ أو تتزحزح وتنفصل من محلها وتكون سببا لتولد السدد السيارة وإما ان تلتصق بجدر الوعاء الدموى بواسطة افرازات الالتهاب التى تكون فى الغشاء الباطن للوعاء المنسد فتتخلل السدة بالنسيج الخلوى الوعائى الحديث التكوين وتستحيل الى الحالة الليفية بحيث تسد باطن الوعاء سدا تاما صلبا ويستحيل الوعاء فى هذا الحبل ليفى وإما ان يفسد مركز السدة بالاستحالة الشحمية الحبيبية فيتطرى ويلين وينفصل ويعقبه ثقب فى السدة يمكن مرور الدم فيه ورجوع الدورة وما بقى من السدة حينئذ يتيبس ويلتحم جدا بجدر الوعاء وكان القدماء يظنون ان هذه الاستحالة الشحمية نتيج وعائى أو التهاب تقيحى وقد ثبت الآن ان الالتهاب التقيحى لا يشاهد الا فى أحوال مخصوصة ولا دخل له فى الاستحالة الشحمية للسدد المذكورة هنا

وأما الآفات الموضعية التى تصحب السدد فهى الالتهابات الوريدية والشريانية التى قد تكون اصلية وهى السبب فى تكون السدد الدموية فى الوعاء أو تكون تابعية لظهور السدة داخل الوعاء بأى سبب كان

ويساعد الالتهاب على التصاق السدة والتحامها واستحالتها الليفية كما وضحناه آنفا واما اذا كان الالتهاب تقيحيا فانه فى الغالب يوجب التصاق جدر الوعاء ببعضها وتتكون بورة محدودة تنتهى بالخراج وفى احوال اخرى لاسيما اذا كان الالتهاب متعلقا بسبب عفن ميكروبى فان الصديد المتكون يخرجه التيار الدموى ويعقب ذلك ظهور عوارض الامتصاص الصديدى والتسمم العفن وآفاتها الحشوية العديدة

(الاعراض والعواقب) خلاف الاعراض الموضعية الالتهابية تظهر أعراض مختلفة باختلاف مجلس السدد الدموية

فاذا كان مجلس السدة فى وريد وانسد بها تشاهد اعراض الأوزيما البيضا المؤلمة التى تشاهد غالبا فى الأطراف السفلى عقب الحالة النفاسية أو الكاشيكسيا ويخشى ان تتولد السدد السيارة منها لاسيما اذا كان الوريد المنسد كبيرا كالفخذى والحرقفى لأن السدد هنا تنتهى مع الدم الوريدى فى الرئة

واذا كان مجلس السدة فى شريان وانسد بها فان اعراض الغنغرينا الجافة التى يمكن مشاهدتها فى الاطراف تشاهد فى الفروع الانتهائية للشريان

واذا كان مجلس السدد فى الاوعية الشعرية للأحشاء كالرئة والمخ والكبد والكلا والطحال فانه ينشأ عنها ظهور اعراض بورات اللين والتكون لتلك الاحشاء ويعبر عنها بالانفاركتوس وربما تنتهى تلك البورات بالشفا وهونادر ويزداد خطرها اذا كانت السدد باكتيرية عفنة كما يشاهد ذلك فى الالتهاب العفن التقرحى للغشاء الباطن للقلب مثلا

(باب فى اورام الحجاب المنصف)

الحجاب المنصف منقسم الى قسمين امامى وخلفى

فأما الحجاب المنصف الأمامى فانه يمتد بطول الوجه المقدم للصدر وشكله هرمى مثلث لمنه خلف القص وجانباه يتكونان من البليورا وقاعدته من أعلا

اعلا تتكون من الأورطى الصاعدة والبلعوم ومن أسفل من المرئ وحده ويحتوى
على التامور الممتد من الزائدة الحنجرية الى الجزء العلوى من القص ويمتد الى
اليسار فى حذاء المسافة الرابعة بين الاضلاع الى ٨ او ١٠ سنتى ميتر بعيدا
عن الخط المتوسط للقص والى اليمين من ٣ الى ٥ سنتى ميتر من هذا الخط
والقلب الممتد الى اليسار بقدر ١٠ سنتى ميتر بعيدا عن الخط المتوسط للقص
وقمته تصل الى المسافة الخامسة بين الاضلاع وقوس الأورطى الذى يكون
فى حذاء الجزء العلوى للقص ويقبل فى تقعيره الضفيرة القلبية وعلى يمينه
الشريان اللا اسم له والوريد الاجوف العلوى وعلى يساره الشريان السباتى
وتحت الترقوة والعصب الرئوى المعدى والراجع والحجاب الحاجز ويوجد
خلف هذه الاعضاء الساق الرئوى المتكون من الشعب والشرايين والأوردة
الرئوية

وأما الحجاب المنصف الخلفى فإنه يمتد بطول القسم الظهرى للعامود الفقرى
ويحتوى من الأمام والاعلى على طرف القصبة وشعبتيها ومن الأمام والأسفل
على التامور ومن الخلف على الاورطى النازلة والمرئ والوريدين الاربجوس
على جانبى العامود الفقرى والقناة الصدرية بينهما وفروع العظيم السمباتوى
والرئوى المعدى التى تحيط بالمرئ والعقد اللنفاوية التى توجد حول القصبة
والشعبتين الكبيرتين وتقبل أوعيتها اللنفاوية من البليورا والرئة والقصبة
والشعب والقلب والتامور وجدر الصدر

وجميع هذه الاعضاء توجد فى الحجاب المنصف محاطة بنسوج خلوى ومنسوج
شحمى لأجل وقايتها ومنع الاحتكاك بينها

وأورام الحجاب المنصف عديدة ومتنوعة وتختلف عن بعضها فى منشئها وتركيبها
وسيرها وانتهائها ولكن اعراضها الاكلينيكية وعلاماتها الطبيعية متشابهة
ولا يتيسر الفرق بينها مدة الحياة ولذلك يمكن شرحها على وجه الاجمال

(التشريح المرضى) اورام الحجاب المنصف تشمل أورام العقد اللنفاوية

وأورام التيموس والانوريزما الأورطي والخراجات وسرطان المرئ وتختلف أورام العقد اللمفاوية باختلاف اسبابها فتكون متعلقة بالتهابات بسيطة كالالتهاب الرئوي والشعبي النزلي او الحصبي والسعال الديكي والنزلي الواقدي ونحوها وفي هذه الحالة تكون العقد متضخمة محمرة وقد تصل الحجم كبير خصوصاً عند الاطفال أو تلتهب وتصير متكبدة أو تنتهي بالتقيح وتكون خراجات حقيقية

أو تكون العقد درنية تابعة لدرن الرئة خصوصاً عند الأطفال ويمكن مشاهدة الارتشاح الدرني فيها واستحالاته المختلفة والجبن واللين وأما العقد السرطانية فأنها تتبع اللمفاديوم اوسرطان الرئة وتكتسب في الغالب حجماً كبيراً وتمتد الى الاعضاء المجاورة وتصيبها حتى تتم الحجاب المنصف أحياناً وتمتد بعيداً عنه في تجويف الصدر وتصيب القلب والرئة والأوعية والأعصاب وقد تكون العقد متعلقة باللوسيميا أو الداء الخنازيري وتكتسب ايضا حجما كبيرا جدا

وقد نشاهد في الحجاب المنصف اورام صمغية زهرية واكياس ايداتية أو أدمية محتوية على شعر واسنان وعظام ودهن أو شحم غزير

وقد تصل اورام الحجاب المنصف الحجم كبير جدا وقد شوهد في حالة بلغ فيها الورم الى زنة عشرة ارطال وكان سمكه من سبعة قراريط الى عشرة

(الأعراض) اعراض اورام الحجاب المنصف تنشأ من تأثيرها على الاعضاء المجاورة بالضغط أو الجذب أو التهيج والالتهاب التابعي واهمها الاعراض المتعلقة بالجهاز الدوري والتنفسي والأعصاب والعلامات الطبيعية التي ستذكر فيما بعد

اما الجهاز الدوري فقد يشاهد فيه تحول القلب الى اسفل والى الامام على حسب مجلس الورم وقد يكون حجم الاورام كبيرا بحيث تملأ الحجاب المنصف وتدفع القلب والكبد والطحال أمامها ويحدث من الأورام عادة ضغط الاوعية والشرايين تقاوم الضغط غالبا وأما الاوردة فتصاب بسهولة كالأجوف العلوي والعضد الدماغي والازيجوس

والانيجوس والاجوف السفلي ويعقب ضغط الاجوف العلوي اعاقة دورية الوريدية
أو عدم وصول الدم بواسطته الى الاذين الايمن فتتمدد الأوردة في الرأس والأطراف
العليا والجزء العلوي من الصدر وتكتسب الاوردة تحت الجلد حجما كبيرا فتبلغ حجم
الاصبع الصغير وتظهر على هيئة شبكة مزرقة في الكتف والصدر والذراع
ويتمدد الوريد الوداجي وتتم الدورة الجانبية بواسطة التفممات السطحية والغائرة
التي توصل فروع الاجوف العلوي بفروع الاجوف السفلي أو بواسطة الازيجوس
والتفممات التي تتم الدورة الجانبية هي تفممات الوريدين الازيجوس الا اذا كانت
منسدة فلا تساعد حينئذ في الدورة التي تتم بالأوردة الأخرى كالاوردة بين
الاضلاع والثديي الباطن والشراسيفي وتحت الجلد البطنية والحجاب الحرقفي
وينشأ من هذا الاستعداد توجه الدم في اوردة الاجوف العلوي من أعلا الى
اسفل بضد التيار الطبيعي ولأجل اثبات ذلك يضغط بالأصبع على سير فرع
وريدي حتى يفرغ من الدم فيرى امتلاؤه ثانيا من اعلا الى اسفل أو يربط الجذع
حلقيا بجو تيطان فترى الاوردة اعلا القيطان ممتدة والاوردة اسفله تتفرغ
من دمها

ويمكن الاستدلال ايضا على اتجاه الدم في الاوردة بهيئتها الزجاجية او المستقيمة
لانه من المشاهد ان الدم اذا توجه بعكس سيره المعتاد في الأوردة تعيق الصمامات
الوريدية سيره فيتعوج الوريد تحت ضغط التيار ولذلك توجد أوعية أوردة
الأجوف العلوي الصدرية والظهرية متعوجة زجزاجية اذا كان جذعها منسدا
وتستمر أوعية الاجوف السفلي في البطن مستقيمة ويشاهد العكس لو انسد
الاجوف السفلي دون العلوي

هذا اذا تمت الدورة الجانبية بانتظام بدرجة كافية واما اذا لم تكف فان الأوعية
الشعرية تحتقن وتتسبب عنها أوذيما الايدي وانتفاخ الوجه والشفتين واكتسابها
اللون المحمر أو فورفوريا غامقا وتحتقن الملتحمة أو يحصل رعاف متكرر ويشتكي
المريض بالصداع واضطراب الحواس وبقية اعراض الاحتقان الدماغي

واذا حصل الضغط على الوريد تحت الترقوة او على الوريد العضدى الدماغى يصغر النبض أو لا يحس به فى الجهة المصابة
واذا حصل الضغط على الشريان الرئوى لا يحصل اضطراب فى دورته الا اذا كان الضغط كافيا لأن تجويف الشريان الرئوى كبير بالنسبة لمقدار الدم المار فيه ولا يتأثر من الضغط الخفيف وانما يتقرح فى بعض الاحيان وينثقب ويعقب ذلك نزيف قاتل
واذا وصل الورم الى التامور فانه يلتصق به أو يتسبب عنه التهاب التامور الذى يصطحب غالبا انسكاب دموى ويكون اغشية ليفية أو انسكابا صديديا
وأما الأورطى فأنها تقاوم تأثير اورام الحجاب المنصف عادة
والجهاز التنفسى يتأثر غالبا من تأثير الأورام فى الحجاب المنصف فاما ان تضغط على القصبة وشعبتها لاسيما الشعبة اليسرى ويعقب ذلك عسر التنفس وبقية الأعراض المتعلقة بهذه الآفة مع النفث الدموى الذى يشاهد فى بعض الأحوال واما ان يحصل الضغط على نفس الرئة أو يحصل التهاب بلوراوى يصحبه فى الغالب انسكاب دموى أو صديدى
وأما الاعصاب التى هى الرئوى المعدى والمواجع والحجاب الحاجز والسمبتاوى وفروعها فأنها اما ان يحصل فيها تهيج أو التهاب أو تتلف بالكلية من تأثير الأورام عليها ويعقب ذلك ظهور الاعراض المتعلقة بهذه الآفة لعسر التنفس وتشنج المزمار والاختناق النوبى والسعال التشنجى واضطراب الصوت والالام المختلفة التى قد تكتسب اوصاف الذبحة الصدرية والالم الحجاب الحاجز وانقباض الحدقة وبقية العوارض التى سبق شرحها فى انوريزما قوس الأورطى
وأما المرئ فأنه اما ان يكون نفسه مصابا بالسرطان أو تضغط عليه الأورام المجاورة له ويحصل عسر فى الازدراد أو يتقرح وينثقب
ولا تصحب اورام الحجاب المنصف اعراض عامة ولا تشاهد الحمى الا نادرا

ويتمتع المريض مدة بظواهر الصحة ولا تحصل النحافة والكاشيكسيا إلا في أحوال استثنائية لأن المريض يهلك قبل أن يصل إلى هذه الدرجة بالعوارض المتعلقة بمجاورة الأورام

وأما العلامات الطبيعية فتنشأ من نمو الأورام وضغطها على الرئة والمسالك الهوائية فقد تكتسب الأورام حجما كبيرا جدا حتى تمتد في القسم خلف القص وعلى جوانب الصدر وتضغط على الأضلاع وتساوي المسافات بينها وتعيق حركاتها أو تبرز خلف الترقوة وفي المسافات بين الأضلاع أو تثقب كل الأضلاع والقص وتظهر إلى الخارج كما في ديزما الأورطي وقد يحس فيها بنبضات ولكن لا تشاهد فيه حركة التمدد السيستولي الواصف للانوريزما وفي أحوال أخرى ينكمش الورم ويضمر ويجذب القلب والرئة ويحدث الصدر تحوما وإذا كانت طبيعة الورم سرطانية يصحبه انتفاخ العقد اللنفاوية تحت الإبط وتحت الترقوة ويتسبب من هذه الأحوال تشوه وبروز وانخفاض في التجويف الصدري وبالقرع توجد أصمية واضحة في قسم القص يختلف امتدادها باختلاف حجم الأورام وقد تمتد الأصمية على الوجه المقدم للصدر بتمامه وبين اللوحين وقد يكون الصدر أصما من أحد جوانبه من القمة للقاعدة وتصحب الأصمية مقاومة تحت الأصبع بحيث تشبه الحالة بالانسكاب البليوراوي وتفعل عملية البذل غلطا فلأجل تجنب ذلك ترسم الأصمية بالقلم فإذا زادت حدودها عن حدود البليورا يعلم أنها ليست متعلقة بالانسكاب ولكن يتعسر التشخيص إذا تسبب عن الأورام التهاب بليوراوي وانسكاب حقيقي يخرج بالبذل ويكون الانسكاب البليوراوي المتعلق بالأورام محمرا غالبا كالدم الفاسد أو أحمر مسمرا

وبالتسمع قد يوجد التنفس الشخيري المتعلق بضغط الشعب والحنجرة أو فقد الجزء الحويصلي المتعلق بانسداد الشعب أو ضغط الرئة وبقية علامات المضاعفات التنفسية وأما نفس الأورام فليس لها أوصاف خاصة تسمع

(التشخيص) تشخيص اورام الحجاب المنصف صعب متى كانت اعراضه غير تامة وتحصل الشبهة بوجود أحد اعراضه المنفردة كضيق الحدقة وعسر التنفس النوبي واضطراب الصوت والسعال التشنجي النوبي والآلام خلف القص أو الذبحة الصدرية والاصمية في قسم القص ولكن متى تكاثرت الأعراض وظهرت العلامات التي سبق شرحها يسهل التشخيص ولا تلتبس بالأورام الرئوية ولا بالانسكابات البليوراوية

وأما تشخيص نوع الورم فيتعذر في اغلب الأحوال ويمتاز الانوريزما الأورطي بنبضانه ونفخه وتمدده السيستولي عند المتعرضين للمجهودات وندرته قبل سن العشرين والأورام المنفاوية اللوسيمية تصحبها عقد لنفاوية أخرى في الأربية والعنق والابط أو تمدد في الطحال وأوصاف مخصوصة في الدم والأورام الدرنية يصحبها وجود الدرن الرئوي عادة والأورام السرطانية يصحبها تمدد في المقدمة الترقوة والأورام الصمغية الزهرية تصحبها عوارض زهرية في الجلد والحلق الى غير ذلك

(الانذار) الانذار خطر جدا لأن اورام الحجاب المنصف تنمو تدريجيا وتؤدي الى الهلاك وخطرها في اصابة الجهاز التنفسي والدوري وخصوصا في اصابة الأعصاب التي هي الرئوي المعدي والراجع وربما هلك الشخص بالأغما أو الاختناق فجأة

(المعالجة) لا يؤمل في المعالجة الا في الأحوال النادرة المتعلقة بالزهري التي تستدعي استعمال يودور البوتاسيوم والمركبات الزيبقية ويمكن استعمال هذه الأدوية أو المركبات الزرنيخية في معظم الأحوال الأخرى وتعالج الأعراض والعوارض بما يوافقها ويلطف الاحتقان الوريدي بالحجامة الموضعية أو بالفصد الوريدي ويخفف الألم بالخردل أو الحراريق والمسكنات ويعالج السعال للتعب بالمسكنات والمركبات الانتيمونية

(باب فى امراض الجهاز الهضمى)

أمراض الجهاز الهضمى أكثر تنوعا من امراض الجهاز التنفسى والدورى فبعضها يتعلق بالحميات العفنة والمتقطعة والبعض بالامراض العصبية والأمراض النوعية والبعض يكون موضعيا أو وظيفيا فقط

(الفصل الأول فى امراض الفم)

(المبحث الأول فى التهاب الغشاء المخاطى للفم)

التهاب الغشاء المخاطى للفم إما ان يكون بسيطا نزليا أو مصحوبا بطفح هربسى أو انعقاد فشلى اويكون تقرحيا لبيا اوغنغرينيا أو يكون متعلقا بالنزهرى والدرن اويكون ناشئا من التسمم الزيبقى الى غير ذلك أما الالتهاب الزيبقى فسنذكره عند الكلام على التسمم بالزيبق والالتهاب النوعى سنذكره أيضا مع امراض الحلق لاجل عدم التكرار وما بقى نذكره هنا فنقول

(اولا فى الالتهاب الفمى النزلى)

الالتهاب النزلى للفم أما ان يكون عاماً أو محدودا أصليا أو تابعيا حاداً أو مزمنا

(الأسباب) الالتهاب النزلى كثير الحصول ويشاهد فى جميع الاعمار والذى يحدث من المهيجات الموضعية كتعاطى المشروبات والاطعمة الساخنة أو الحريفة والافراط فى البهارات وشرب الدخان والمشروبات الروحية ويحدث عند الرضيع من مجهود الرضاعة متى كان الثدى جافا اومن عدم نظافة الفم ونحو بقايا اللبن فيه أو من الافراط فى دعك الفم مدة تنظيفه أو من اعطاء الطفل اغذية صلبة قبل الأوان أو من التسنين وكذلك خروج اضراس العقل قد يحدث التهاب الفم وكذا تسوس الاسنان وتراكم طرطيرها والاسنان الصناعية ونحو ذلك

ومن الجواهر الدوائية ما يحدث التهاب الفم كالوضعيات اليودية والزرنيخية والزيبقية والمهيجات والكاويات على العموم

وأما نزلة الفم التابعية فأنها تتعلق اما بالالتهابات المجاورة كالتهاب البلعوم والحفر الانفية أو تصحب آفات المعدة واضطراب الهضم والامساك أو ترتبط بالأمراض العامة كالحميات والحمرة والدرن الرئوي والزهري والديابيطس وقد تشاهد في الكلوروز والانيميا واحيانا تحدث من اعاقة الدورة الوريدية الناشئة من امراض القلب

(الأعراض والتشريح المرضي) الالتهاب لا يكون عاما للفم الا نادرا ويكون في الغالب محدودا على جزء منه كالخدين أو اللسان أو سقف الحنك او اللهاة أو اللثة وأول عرض يشتكي منه المريض هو الاحساس بحرارة وجفاف يوجب الطفل لوضع اصبعه في الفم ثم يعقب ذلك زيادة الافراز بحيث يسيل اللعاب على ذقنه وربما تتسبب عنه انوقما الجلد ويكون الازدراد عند الكهل ويكون اللعاب حمضيا عادة أو معتدلا شفافا لزجا ثم يصير مائعا متكدرا ومحتويا على بقايا بشرية كثيرة وتضطرب حاسة الذوق أو تنثلم فيحس المريض بتعجن الفم ولزوجته أو مرارته وتنتشر من نفسه رائحة كريهة يستشعر بها نفس المريض

وبالبحث عن الغشاء المخاطي يوجد متلونا بحمرار جاذبا لماعا ومنتفخا ويزداد الألم عند المضغ والازدراد وملامسة الأطعمة والاشربة ويصير الالم حادا اذا تعرت الأدمة المخاطية من بشرتها واذا كان المريض رضيعا يمتنع من الرضاع خشية الألم وربما اضطربت صحته العامة والتغذية من استطالة جوعه

ومتى تزايد انتفاخ الغشاء المخاطي يمكن مشاهدة أثر الأسنان فيه لا سيما في الخدين واللسان ومتى اصيبت الغدد المخاطية فأنها تظهر على سطح الغشاء الملتهب بلون ابيض مزرقا خصوصا في الشفة واللهاة وبالضغط عليها يخرج منها سائل لزج أو قيحي

وينشأ من تقشر البشرة المخاطية وجفافها ظهور طلاء وسخ على سطح الغشاء المخاطي مبيض اللون أو مصفرا لا سيما في اللسان والوجه الباطن للشفتين

وينضم اليها ظو طير الاسنان فوق اللثة وبالبحث عن ذلك الطلاء بالميكروسكوب توجد فيه خلايا بلاطية فاسدة مختلطة مع بقايا غذائية وبعض خلايا مستديرة وانواع فطر مختلفة

ولا يصحب النزلة الحادة احتقان الغدد تحت الفك ولا اعراض عامة واضحة لكنها توجب فقد الشهية عند الكهل وقد يصحبها اضطراب وتشنج عند الطفل ومدتها تكون عادة نحو الأسبوع وقد يستحيل الى الحالة المزمنة

وتتميز النزلة الفمية المزمنة باعراض أقل حدة من النزلة الحادة وتصحبها في الغالب سماكة في الغشاء المخاطي ومدتها غير محدودة تتعلق بالسبب ودوام تأثيره كشرب الدخان والمشروبات الروحية

(التشخيص والانذار) تشخيص النزلة الفمية سهل ولا تلتبس بالحالة الصحية التي تتصف عند بعض الاشخاص بتغطية اللسان بطبقة مبيضة عند القيام من الفراش عقب جفاف البشرة المخاطية مدة النوم ولا تلتبس بتنبه الفم عند الرضيع عقب تأثير الهواء أو مجهودات الرضاعة

والانذار خفيف والانتهاء جيد ولو حصل اضطراب التغذية موقتا عند الطفل

(المعالجة) يبتدأ باذهاب السبب اذا أمكن ويغسل الفم بالماء البارد أو محلول كلورات البوتاسا أو خلات الالومين (٠٠٫٢ ره) أو البوراكس (٠٫٣٠ر٢) في كل ساعتين مرة وتنظيف فم الطفل بخرقة ناعمة مبتلة من أحد هذه المحلولات أو يفعل له لعوق من البوراكس أو كلورات البوتاسا

وفي النزلة المزمنة يمس بمحلول السليماني (١/١٠٠) او نترات الفضة (١/٥٠) أو محلول التانين أو تستحلب اقراصه ولا تستعمل الاغذية الساخنة ولا الصلبة ولا المهيجة

(ثانيا في الالتهاب الفمي الحويصلي ويسمى ايضا بالآفت)

(الأعراض والتشريح المرضي) الالتهاب الفمي الحويصلي هو في العادة مرض خفيف يتصف بظهور نقط محمرة يعقبها تكون حويصلات لبنية لاتحتوي

على سائل مصلي كالحويصلات الهربسية العادية بل سائلها كثيف لبنى مجلسها في الغالب فوق الشفة السفلى وفي الثنية بين الشفة واللثة أو فوق طرف اللسان وحوافيه وفوق الشدق وسقف الحنك ثم تنفجر هذه الحويصلات الشبيهة بالهربس في أول يوم والثاني من ظهورها وتعقبها تقرحات مستديرة في حجم رأس الدبوس أو العدسة حافاتها منتفخة محمرة وقاعها سنجابي أو مصفر مغطى بطبقة من خلايا بشرية فاسدة وقد تكون حافة القرحة غير منتظمة ومتعرجة قليلا وتنتهي بالالتحام في مسافة بضع أيام الى أسبوع ولا تعقبها أثر التحام

ويصحب الطفح الحويصلي ألم في الفم تزداد حدته بعد انفجار الحويصلات وتعرية الأدمة المخاطية خصوصا بملامسة الأطعمة وبالأخص الملح والسكر ويصعب المضغ عند الكهل والرضاعة عند الطفل ويحصل تلعب ويكتسب النفس رائحة كريهة ولا تحتقن العقد تحت الفك الا نادرا

ولا يسبق الطفح هنا أعراض هجوم ولكن قد تصحبه حركة حمية وعطش وتلعب خفيف لاسيما عند الطفل الرضيع

ويوجد خلاف هذا الشكل الخفيف شكل ثقيل يظهر في الغالب بحالة وبائية ويتصف بظهور أعراض هجوم حمية شديدة وطفح زائد مختلط تعقبه تقرحات منتشرة في الفم والحلق تتصل ببعضها على سطح متسع وقد تصحبها طفحات وتقرحات في الجلد لاسيما في اليدين وتتسبب عنها حركة حمية شديدة واضطراب في الهضم وقيء واسهال واذا كان المريض طفلا أو شيخا ربما اكتسب الحمى شكلا ضعيفا خطرا

يشاهد الالتهاب الهربسي عند الأطفال عادة بين سن ثلاث وست سنين وقد يصحبه التسنين وهو كثير الحصول أيضا عند الكهول والشيوخ لاسيما عقب الافراط في شرب الدخان ويتكرر ظهوره عند بعض الأشخاص زمنا فزمنا في ظرف بضع أسابيع أو أشهر ولا يعلم السبب الحقيقي لتولده وقد يصحب الحميات المعفنة والطفحية والالتهاب الرئوي الليفي وبعضهم ينسبه للديابيتز لأنه

يصطحب

يصطحب غالبا بالاجزيما والهربس الجلدي والبعض ينسبه للعدوى من الحمى الهربسية للحيوانات الأهلية متى استعملت ألبانها قبل الغلي

(التشخيص والانذار) تشخيص الالتهاب الهربسي سهل ويتميز عن البقايا الجبنية في فم الرضيع بسهولة نزعها وعدم اصطحابها بظواهر التهابية ويتميز عن الالتهاب المتقرحي بعدم وجود الرائحة المنتنة وعدم ادماء التقرحات الهربسية ويتميز عن القلاع بعدم وجود الفطر الاويديوم ويتميز عن الهربس البسيط بأنه اذا اصاب بطانة الحويصلات لا يسيل منها سائل مصلي والانذار في العادة خفيف والانتهاء حميد ما لم يكن الطفل منهكا أو اذا كان المرض منتشرا بشكل وبائي ثقيل

(المعالجة) معالجة الالتهاب الهربسي الخفيف تشتمل على استعمال المليناة مضمضة وحدها أو مع كلورات البوتاسا ويكتفى بمس التقرحات بالحجر الفضي مسا خفيفا لأجل ازالة الألم وسرعة التحامها واذا كانت الحمى زائدة يعطى للمريض مسهل خفيف

(ثالثا في التهاب الفم المنشطي المعروف بالقلاع)

الالتهاب الفمي المنشطي مرض خطر يتصف بتغطية الغشاء المخاطي بطبقة بيضاء سببية بالمنشطة أو باللبن المجبن

(الاعراض والتشريح المرضي) يبتدئ هذا الالتهاب بحركة حمية خفيفة واحمرار الغشاء المخاطي في الخد واللسان وجهات أخرى من الفم فتزداد حرارته ويصير جافا لامعا ومنتفخا مؤلما وحامضة بارزة ثم تظهر على سطحه بقع صغيرة مبيضة تتسع وتتقارب وتمتزج ببعضها بسرعة بحيث تعم الفم في مسافة يوم أو يومين على هيئة طبقة مستوية يعسر انفصالها بالحك في الابتداء ثم يتيسر بعد ذلك بدون تسلخ الغشاء المخاطي تحتها ويكون الالتهاب في الغالب قاصرا على الخد واللسان وقد يعم الفم والحلق معا وقد يكتسب الطلاء المنشطي لونا مصفرا أو سنجابيا ويصير اللعاب فيه دائما حمضيا بحيث يحمر ورق عباد

الشمسي المزرقا متى وضعت على اللسان ويحدث من هذا الالتهاب ألم يوجب تعذر
الرضاعة عند الاطفال وتعذر المضغ عند الكبار وزيادة اللعاب ويتضاعف
غالبا الاسهال لاسيما عند الاطفال

وبالبحث الميكروسكوبي عن الطلا القشطي يوجد متكونا من حبيبات وخلايا بشرية
فاسدة لاتحتوي على صديد ولا الميفين ومعظم تكوينه من الفطر المسمى بالاويديوم
البيكانى اعني الابيض أو الاويديوم اللاكتى اعني اللبني لانه هو السبب في
حموضة اللبن ويرى بخيوطه المقلية وجراثيمه المبيضة المحتوية على مسحوقة
له حركة اهتزازية ذاتية وتصحبه غالبا أنواع فطرية اخرى كالليتوتريكس
والسارسين وخلافها ولاينمو هذا الفطر الا في الاغشية المخاطية ذات الغشاء
البشرى البلاطى فيتولد بين الخلايا البشرية ويفرقها وقد يمتد في باطن الغدد
المخاطية ويتلفها ولكن لا يصيب الاغشية المخاطية ذات الغشاء البشرى
الاسطوانى ذي الاهداب كغشاء الأنف والحنجرة والقصبة والشعب ويصيب
الفم والحلق والمرئ والمعدة والأعور والشرج والفرج والملتحمة وحلمة
ثدي المرضعة ويشترط لنموه ان يكون الغشاء مندى بسائل حمضي

(الأسباب) قد يشاهد هذا المرض عند الطفل الحديث الوضع متى كانت تغذيته
رديئة بألبن الصناعي واللبن الحامض ولكن يسهل شفاؤه في هذه الحالة بالاعتناء
بالتغذية ولا خطر فيه والعادة ان الالتهاب القشطي يشاهد عند الاطفال
أو الشيوخ أو الكهول اذا كانت حالتهم العمومية رديئة جدا والبنية منتهكة
من التغذية الغير الكافية والشروط الصحية رديئة أو من تقدم الكاشكسيا
الدرنية والسرطانية أو عقب الأسهال المزمن الغزير أو التقيح المفرط أو
الأمراض الحمية العفنة أو يصحب الالتهابات الحادة الثقيلة كما الالتهاب
الرئوي والتهاب المسالك البولية والحمى النفاسية ويكثر حصوله في البيمارستانات
وفي اطفال اللقطة وظهور الالتهاب القشطي تابعيا في هذه الاحوال يدل على
الخطر عادة خصوصا عند الاطفال والشيوخ

(التشخيص والانذار) لايلتبس الالتهاب الفشطى بالتقرحات والاغشية الكاذبة للفم ولا بانعقاد اللبن الحبنى عند الطفل لأن الاعتناء فى البحث عن اوصاف الطلاء الطبيعية والميكروسكوبية يكفى فى ثبت الحكم

وأما الانذار فانه فى الأحوال الاصلية ليس خطرا دائما وربما ينتهى المرض بالشفاء فى مسافة اسبوع أو اسبوعين بشرط الاعتناء فى النظافة والمعالجة وأما اذا كان المريض حديث السن أو منتهكا أو كان الالتهاب تابعيا لأمراض خبيثة فانه يعتبر مضاعفة خطرة وينتهى بالهلاك غالبا بسبب اضطراب التغذية وحصول الاسهال وامتداد القلاع من الفم الى المرئ والقناة الهضمية

(المعالجة) يعالج الالتهاب الفشطى باستعمال القلويات لأن فطره لاينمو الا فى الاوساط الحمضية فيبتدأ بكشط الطلاء الفشطى ما أمكن ثم يستعمل البوراق محلولا يتمضمض به المريض مرارا او يبل الفم منه بواسطة قطعة من القماش تلف على الأصبع أو يغسل الفم بماء الصابون أوماء منشى اوماء الجير أو يدهن بالجليسرين البوراقى اجزاء متساوية

واذا كان الطفل رضيعا يعتنى فى ارضاعه ونظافة البز الصناعى ويضاف الى لبنه قليل من ماء الجير

وأما اذا كان المريض مصابا بأمراض كاشكيسية فانه يحتاج خلاف المعالجة الموضعية الى معالجة عامة تختلف باختلاف السبب المرضى

(رابعا التهاب الفم التقرحى اللبى)

يتصف هذا الالتهاب بتقرح اللثة وانتشار رائحة منتنة من الفم

(الاعراض والتشريح المرضى) تسبق هذا الالتهاب فى الغالب حركة حمية مدة يوم أو يومين وقد يبتدئ فجأة فيحصل احمرار فى الغشاء المخاطى وانتفاخ واحساس بحرارة وجفاف فى الفم مع تألم محرق ويبتدئ الالتهاب بالجهة اليسرى غالبا وتظهر بقع صغيرة بنفسجية اللون تلين وتتقرح ويكون مجلسها غالبا

فى اللثة بقرب الضرس الأخير وفى حذاء القواطع وتمتد التقرحات من حافة اللثة الى قاعدتها الى غاية الثنية بين اللثة والأسنان فتتعرى الأسنان بالكلية أو يسقط بعضها وقد تتكون حافة الفك وتحصل التقرحات فى الشدقين والشفتين خصوصا الشفة العليا ولا تصيب اللسان واللهاة والوزتين الا نادرا وتكون مستديرة أو بيضاوية حافتها منتفخة غير منتظمة وقاعها اسنجابى رخو لين أو مصمغ متكون من الغشاء المخاطى المتقرح الذى ينفصل وتعقبه قرحة غائرة سهلة الادماء وحافاتها متعرجة وتتسع القرحة وتتصل بالتقرحات المجاورة وتصير الانسجة حولها اوزيماوية وأما اللسان فأنه ينتفخ ويصير رخوا بحيث ترتسم الاسنان فى حافته على هيئة انبعاجات واضحة وتصحب التقرحات آلام شديدة ويتعذر المضغ والازدراد ويكتسب النفس رائحة منتنة ويحصل تلعب وسيلان حمضى منتن من الفم لاسيما مدة النوم ولكن التلعب هنا أقل منه فى التهاب الفم الزئبقى وتنتفخ العقد اللمفاوية تحت الفك وتشتد الحمى والاضطراب الهضمى والاعراض العصبية خصوصا عند الاطفال وقد تمتد التقرحات الى الحلق ولكن ذلك نادر جدا

وبعد اسبوع الى أسبوعين ينفصل اللب المتقرحى وتعقبه قرحة نظيفة ذات ازرار لحمية وردية وتنتهى بالالتحام وتعقبها اثرة التحام دائمة وقد لا يتم الالتحام الا بعد مضى مدة من بضع اسابيع الى بضع اشهر ومتى تم الالتحام يزول انتفاخ العقد اللمفاوية ولا تتقيح عادة وقد تبقى منتفخة بعدها دائما

وفى الأحوال الخفيفة تكتسب اللثة لونا بنفسجيا ويصير نسيجها رخوا سهل الأدماء ولذلك ربما تشتبه بالاسقربوط ولكن عدم وجود بقية الأعراض الخاصة بالاسقربوط يزيل الشبهة بطبيعتها منه

(التشخيص والانذار) يتميز الالتهاب الفمى الدفتيرى عن الالتهاب المتقرح اللبى بمشاهدة

بشاهدة اغشيته الكاذبة عادة فى الشفتين وزاويتها وتكون الاغشية مبيضة ابتداء ثم تمزق قليلا وبنزعها يوجد الغشاء المخاطى تحتها محمرا غير متقرح ولا تصحبها آلام ولا تلعب تقريبا

وأما المتقرحات الزهرية والدرنية فأوصافها الخاصة تمنع من التباسها بالمتقرحات اللبنية

والانذار فى العادة خفيف والانتهاء بالشفاء هو المعتاد

(الاسباب) يشاهد الالتهاب المتقرحى للفم غالبا بحالة وبائية وبعضهم يعده معديا ولكن لم ينجح فيه التلقيح وفى الغالب يصيب الاطفال بين سن التسنين وسن البلوغ ويصيب الكهول أكثر من الاطفال ورداءة شروط الصحة تساعد على انتشاره فى القشلاقات والسجون والحواذ والمشاق يوجبان انتشاره فى الجيوش

(المعالجة) من ضمن المعالجة الواقية منع الاسباب التى تتولد منها الاحوال الوبائية والمعالجة الدوائية أهمها استعمال كلورات البوتاسا جرعة وغرغرة وأقراصا مضغوطة ويمكن ان يعطى منها يوميا ٤ الى ٦ جرامات للكهل ويساعد على تأثيرها مس القروح بخفة بالقلم الفضى وبعضهم يوصى باستعمال محلول حمض الفنيك (١/٢٠٠) ومنقوع منجنات البوتاسا (١/٢٠٠) ومحلولات الالومينيوم (٥/١٠٠) يؤخذ منها ملعقة كبيرة فى كوبة ماء للغرغرة

ويعتنى فى تغذية المريض بالامراق الجيدة واللبن والبيض والماء النبيذى

(فى التهاب الفم الغنغرينى اى النوما)

التهاب الفم المتقرحى الذى لا يحدث آكلة الا فى الطبقة السطحية للغشاء المخاطى وأما غنغرينا الفم فانها تصيب الغشاء المخاطى والانسجة الرخوة تحته وتصل الى الجلد وتثقبه غالبا

ولا نعتبر هنا الا الغنغرينا الاصلية وأما الغنغرينا التى تضاعف بعض الالتهابات الفمية فانها تشبه الغنغرينا العارضية على الحموم ولا تحتاج

المشرح مخصوص

(الأعراض والتشريح المرضي) تبتدئ غنغرينا الفم الأصلية غالبا بطريقة غير محسوسة بدون ألم وتصيب في العادة الشدق الأيسر فيكتسب الغشاء المخاطي لونا بنفسجيا ويتلون فقاعة صغيرة ممتلئة بسائل محمر تتفجر وتعقبها قرحة سنجابية غير منتظمة وتمتد القرحة بسرعة في السطح والعمق وتسمر أو تسود ويكتسب النفس رائحة منتنة وإذا كانت الحالة حميدة تسقط الأجزاء المتغنغرة وتنظف القرحة وتتولد فيها الأزرار اللحمية ويتم التحامها وإذا لم تلتحم القرحة تستمر في الغور والاتساع وتحاط بهالة التهابية وفي اليوم الثالث إلى السابع (ريلييه وبارتس) يظهر في الجلد محاذيا لها تيبس مستدير يستدل به على اتجاه التقرح إلى الظاهر ويكتسب جلد الخد والشفة لونا بنفسجيا محمرا لماعا ويصير أوزيما ويسيل من الفم سائل مدمم قيحي منتن ثم تظهر في الجلد بقعة غنغرينية مسودة جافة منبججة شاغلة لسمك الجلد كله ومتى سقطت الأجزاء المتغنغرة يعقبها ثقب في الخد وتمتد الغنغرينا بعد ذلك في الجلد غالبا إلى الأجفان والأنف والشفة ويسيل منها سائل مدمم قيحي منتن وتنفذ منها السوائل والغذاء التي يتعاطاها المريض وقد تصل الغنغرينا إلى العظام المجاورة كالفك وسقف الحنك وعظام الأنف فتتكرر ولا يحدث من الغنغرينا انتفاخ العقد تحت الفك عادة

وقد لا تقتصر الغنغرينا على الفم بل تظهر في آن واحد في الحلق والمريء والمهبل والفرج والأطراف سيما الأصابع

وبعد أن كانت الأعراض العامة قليلة الوضوح في الابتداء تظهر الحمى متى وصلت الغنغرينا إلى الجلد وتكتسب شدة زائدة وتتشكل بالشكل الضعفي غالبا ويحصل الإسهال ويتقدم النحول جدا ويقع الشخص في حالة كائعة واضحة وينتهي بالموت وإذا حصل الشفاء في أحوال استثنائية يحفظ تشوه الوجه وناسور الخد مدة حياته

(الأسباب

(الأسباب) تشاهد عنغرينا الفم في كل الأعمار وهي أكثر حصولاً عند الأطفال بين سن السنتين الى الستة ويكثر حصولها عقب الحميات الطفحية والحمى التيفودية والدفتيريا والاسقربوط ولا يتنوع سيرها بالالتهابات الفمية العارضية كالالتهاب التقرحي والزئبقي وأغلب المؤلفين يعتبرها ميكروبية

(المعالجة) مرضوض المعالجة غسل الفم بمحلول يودى (خمسة في المائة) أو بمحلول فوق منجنات البوتاسا (١ في الالف) والكي بحمض النتريك والترموكوتير وحفظ قوى المريض بالأدوية المقوية والمنبهة

(الفصل الثاني في أمراض الغدد اللعابية)

(اولا في التلعب أى افراط اللعاب)

التلعب يتصف بزيادة افراز اللعاب وسيلان بعضه من الفم غالبا

(الأسباب) التلعب الذاتي نادر جدا ويحصل في الغالب عارضيا في سير بعض الامراض فيكون ناشئا من الفعل المنعكس في امراض الفم كالتهاب غشائه المخاطي وتسوس الأسنان وتعاطي بعض الأدوية المرة والبهارات أو يكون متعلقا ببعض الأمراض البعيدة عن الفم كأمراض الحلق وامراض المعدة والديدان المعوية وامراض الرحم والمبيض وبالحمل

ويشاهد التلعب في بعض الأمراض العصبية كالاستيريا والماليخوليا وفي بعض امراض المخ والنخاع الشوكي

ويحصل التلعب من تأثير بعض الأدوية كالمركبات الزئبقية واليودورات والدخان وخصوصا اليابورانذي واصله الفعال أى البيلوكاربين وكثيرا ما يشاهد التلعب في سير الامراض العفنة او على هيئة بحران في الحمى التيفودية والحميات المتقطعة والدوسنتاريا ونحوها

(الاعراض) افراز اللعاب في حالة الصحة يختلف من ٣٠٠ جرام الى لتر أو ليترين ولا يعتبر مرضيا الا اذا زاد عن ذلك وقد تكون زيادة وقتية

فقط أو تكون مستمرة على حسب نوع السبب الذي احدثها
ويشكو المريض ابتداء من كثرة لعابه وامتلاء فمه عند ما يتكلم بحيث يضطرب التكلم عنده وقد يشتكي بتوتر في قسم النكفة

وقد يصل مقدار اللعاب الى ١٠ ليترات أو ١٢ أو أكثر في اليوم بحيث يلتزم المريض بمداومة البصاق ولكن من غزارة اللعاب يسيل بعضه من فمه قهراً عنه ويتلقاه في منديل ويبقى فمه مفتوحاً وتبتل الوسائد منه مدة النوم فيحصل له الأرق المستمر بسبب وصول بعض اللعاب الى البلعوم ودوام فعل حركات الازدراد وقد يصل بعض اللعاب الى الحنجرة فيحصل السعال الذي يوجب اضطراب نوم المريض وعدم استراحته ومن ملامسة اللعاب يتهيج الجلد في حذاء الشفة السفلى والشدق ويصير ايرتيما ومتى استمر التلعب وازداد اللعاب يضطرب الهضم أو يحصل قيء في الصباح كما يشاهد ذلك عند المدمنين على الخمر الذين يبتلعون لعابهم ليلاً ويتقايئون صباحاً

وتتغير اوصاف اللعاب على حسب غزارته واسبابه فيكون اما لزجاً بلغمياً ويصل وزنه النوعي الى ١٠٥٩ أو يكون مائياً محتوياً على قليل من سلفوسيانور البوتاسيوم وأقل منه بين العابين (بتيالين) ومفعوله يكون قلوياً وهو نادر ويكون في الغالب معتدلاً او حمضياً لا سيما متى ازمن وتكون رائحته اما تفهة اومنتنة وبالبحث عنه بالميكروسكوب يوجد متحملاً بخلايا بشرية فاسدة وقد يصحبها بعض كرات دموية أو قيحية وبعض بللورات كلسية
واذا استمر اللعاب الغزير يتسبب عنه نحول المريض خصوصاً اذا كان السبب خبيثاً ويقل البول ويصحبه أساك مستعص واسهال في النادر وسير التلعب ومدته يتعلقان بالسبب الذي احدثه وقد يصل الى درجة الكاشيكسيا المتقدمة

(التشخيص والانذار) تشخيص التلعب في حد ذاته سهل بالنظر لكثرة اللعاب ولكن يلزم الاعتناء في تشخيص سببه حيث ان الانذار والمعالجة يبنيان

ينبغى ان عليه فينظر هل هو متعلق بمثل آفة الاسنان أو بسبب عصبى مركزى

(المعالجة) يبدأ بعلاجة السبب فتعالج الاسنان مثلا واذا كانت معالجة السبب غير متيسرة كالآفات العصبية المركزية يلطف التلعب باستعمال سلفات الاتروبين بقدر ½ ميليجرام الى ٢ ميليجرام فى اليوم من الباطن أو بالحقن تحت الجلد أو يعطى الافيون بقدر ٠,٠٥ فى كل ساعتين مرة وأما الغراغر والغسلات القابضة فيمكن استعمالها ولكن فائدتها قليلة جدا

(ثانيا فى نقص اللعاب)

نقص اللعاب يشاهد عادة عقب الاضطرابات العصبية الشديدة كالخوف والفزع وفى الحميات وبعض الأمراض العصبية كالاستيريا والماليخوليا وربما يشاهد عقب استعمال الاتروبين وفى الديابيطس السكرى والنفه ودا برايت وقد يشاهد فى بعض الحميات عند الشيوخ وفى الانيميا وعقب التهاب النكفتين

وتنحصر الأعراض فى جفاف الفم وصعوبة حركة اللسان وتألمه بملامسة سقف الحنك والخدين بحيث ان بعض المرضى يستشعر بتسلخ ويضطرب الهضم خصوصا هضم النشويات

ومن ضمن المعالجة استعمال قطع الثلج استحلابا وبتمضمض المريض زمنا فزمنا بمحلول قلوى فوار لاجل تندية فمه أو يدهن لسانه بالوازلين وزبدة الكاكاو والجليسرين ويعطى له البيلوكاربين أو المركبات الزيبقية وقد تحصل على نتيجة كافية باستعمال الكهرباء بوضع الاقطاب على القفا وعلى قناة ستينون

(ثالثا فى الالتهاب النكفى)

التهاب النكفة على نوعين بسيط ومعدى

(فالالتهاب النكفى البسيط) هو آفة موضعية غير معدية تنشأ عن بعض الحميات

والأمراض العفنة وتطول مدة سيرها أو نقاهتها كالحمى التيفودية والحميات الطفحية والدوسنطاريا والدفتيريا وحمى النفاس وتكون عادة قاصرة على نكفة واحدة ومجلس الالتهاب يكون إما في النسيج الخلوى وحده أو في النسيج الخلوى والنسيج الجوهرى وينتهى في النادر بالتصريف والغالب أنه يتقيح ويكون خراج ينفتح في جلد الحلمة أو في القناة السمعية أو يسرع تحت الجلد وينفتح في العنق أو يغور وينفتح في الحلق بقرب قاعدة الجمجمة وفي بعض الأحوال ينتهى الالتهاب النكفى هنا بالغنغرينا

وينسب الالتهاب النكفى البسيط إلى سوء البنية ومتى ظهر في سير الأمراض العفنة يدل على الخطر ولكنه متى ظهر في مدة النقاهة فإن انذاره أقل خطرا بكثير وقد يشاهد الالتهاب النكفى مضاعفا الالتهاب الفم الزئبقى الذى يصل إليه بواسطة قناة ستينون وفي هذه الحالة يكون الالتهاب موضعيا صرفا وليس له معنى في الأنذار

ويعالج الالتهاب بمضادات فيعطى مسهل خفيف عند الاقتضا وتدهن النكفة بالزيوت الملينة وتوضع عليها اللبخ وإذا حصل التقيح يسرع في فتح الخراج لأجل منع اتساعه وامتداده

(في الالتهاب النكفى المعدى) الالتهاب النكفى المعدى مرض معدى في الغالب وبائى تقى الاصابة به مرة من عودته كأغلب الحميات النوعية العفنة والطفحية ولذلك رجح بعضهم تسميته بالحمى النكفية

(الأعراض) قد تسبق المرض أعراض هجوم تستمر من يوم إلى ثلاثة كحركة حمية خفيفة أو شديدة وقشعريرة وتكسر الأطراف وفقد الشهية وبعض تقلصات عند الأطفال ولكنه يبتدئ في الغالب فجأة بالأحساس بألم في إحدى النكفتين يزداد بتحريك الفك في التكلم والمضغ ويعقب الألم انتفاخ في الغدة النكفية أو في الغدد تحت الفك وتحت اللسان معا في أغلب الأحوال وتبتدئ الأصابة عادة بإحدى الغدد النكفية ثم تصاب الثانية بعدها بزمن

بزمن يسير ويزداد الانتفاخ بسرعة فتملأ الغدة النكفية المسافة بين الأذن والخد وزاوية الفم وتضغط على الصماخ وتبرز الى الخارج وتنزل الى أسفل نحو العنق وتبرز في الحلق بقرب اللوزتين أو البلعوم ومتى انتفخت الغدد تحت الفك وتحت اللسان والغدة النكفية الثانية يحاط الوجه بكتلة ضخمة عجينية القوام مينة ويتشوه الوجه والعنق جداً ويحفظ الجلد لونه الطبيعي أو يحمر قليلاً ويتوتر أو يصير لامعاً بلون الشمع الأسكندراني ويصل الانتفاخ الى هذه الدرجة عادة في مسافة ثلاثة ايام الى ستة ويوجب زيادة الألم وتعذر تحريك الفك فلا يتيسر لبعض المرضى تباعد الأسنان بمسافة تسع طرف الملعقة ويضطر المريض الى الاكتفاء بالأغذية السائلة والرخوة التي لا تحتاج الى المضغ وأما اللعاب فانه يزيد أو ينقص جداً ولكن لا تتنوع أوصافه كثيراً وقد يصير النفس منتناً ولا يمكن تحريك الرأس اذا كان الانتفاخ عاماً النكفتين بل تثبت في وضع مستقيم لا تتحرك الى احدى الجهتين وأما اذا كان الالتهاب قاصراً على نكفة واحدة فان الرأس يميل الى الجهة المصابة وبعض المرضى يشتكي بثقل سمعه أو بالألم في أذنه أو بطنين مستمر

وقد تستمر الحمى خصوصاً عند الاطفال ولكنها لا تشتد ولا تكون قوية الا في النادر وفي العادة تكون خفيفة وتنصرف بعد يوم أو يومين وتلطف الأعراض في اليوم الثالث أو الرابع ويتناقص الانتفاخ ويزول في مسافة من ثلاثة أيام الى أربعة بحيث تكون مدة المرض جميعها من اسبوع الى عشرة أيام ولا تصل الى اسبوعين الا في أحوال استثنائية ويعقبها في الغالب تقشر البشرة الجلدية في محل الانتفاخ

وقد ينتكس المريض بعد الشفا وتكون الأعراض أخف من الأصابة الأولى وفي احوال اخرى اذا اصيبت احدى النكفتين فقط فبعد شفائها بنحو اسبوع او اسبوعين تصاب النكفة الثانية على حدتها وأما رجوع المرض مستجداً

فلم يشاهد الا نادرا لأن الاصابة به مرة واقية منه
(المضاعفات) يتضاعف الالتهاب النكفي عادة أو تعقبه التهابات متناسلية عند الشاب والكهل في الخصيتين وخصوصا اليمنى فتنتفخ نفس الخصية بقدر حجمها الأصلي بنحو ثلاث أو أربع مرات ويتكسب المصل في غلاف فيها ويصير جلد الصفن في حذائها اوذيما ويا أو محمرا ويعقب اصابة احدى الخصيتين اصابة الخصية الثانية بزمن يسير وينشأ من ذلك ثوران الحمى بشدة وظهور اعراض عصبية واضطراب وهذيان أو تكتسب الحمى هيئة تيفودية مع انحطاط وهبوط وفقد المعقولية وقد يشاهد بالعكس انحطاط الحرارة وبطوء النبض والتنفس بدرجة خارقة للعادة وعلى كل الأحوال لا يصحب هذه الأعراض خطر ويبرأ المريض عادة في مسافة ثلاثة أيام الى خمسة وقد تصاب الخصية قبل النكفة أو يقتصر المرض على اصابة الخصية وحدها في بعض الوبائيات ويعقب اصابة الخصية وشفاءها في الغالب ضمور ربما تتسبب عنه العنة فيما بعد
وعند البنات والنساء ربما يتضاعف الالتهاب النكفي بالتهاب الثدي أو المبيض أو الشفرين الكبيرين ويحصل انتفاخ كبير في هذه الأعضاء كما انه شوهد انتفاخ النكفة احيانا موافقا لزمن الحيض عند المرأة
ومن المضاعفات الأقل حصولا التهاب الغشاء الباطن للقلب وانتفاخ المفاصل الشبيه بالروماتيزمي والتهاب الأذن والملتحمة والشعب ومجرى البول وانتفاخ بعض العقد اللنفاوية
(التشريح المرضي) مجلس الالتهاب في النسيج الخلوي داخل النكفة وحولها ولا يصيب نفس الاجزاء الغددية ولم تستكشف فيه ميكروبات لا في الغدة ولا في الدم ولا في اللعاب
(الانذار) الانذار جيد تقريبا دائما حتى في الأحوال التي تكون فيها الحمى شديدة مع هذيان وفي الأحوال المضاعفة بالتهاب الخصية ولا يشاهد
تقيح

تقيح النكفة ولا الخصية ايضا انما تضمر الخصية غالبا وربما اعقب ذلك عنة الشخص

(الأسباب) يصيب الالتهاب النكفي الاطفال بالاكثر من سن العشرة الى الخمسة عشر ويصيب ايضا الكهول والذكور اكثر من الاناث ولا يصيب الاطفال الرضع ولا الشيوخ الا فى احوال استثنائية ويظهر غالبا على هيئة وبائية فى المدارس ولكنه لا ينتشر كثيرا لأنه ينتقل من شخص الى شخص آخر وله مدة تفريخ تختلف من ٦ الى ١٢ الى ٢٠ يوما ويتسلطن فى بعض البلاد بهيئة جنسية كالنسوجيا والهولاندا وفرانسا وانجلترا خصوصا فى فصل الشتا والخريف وقد يصحبه وباء القرمزية والحصبة

(التشخيص) يلزم تمييز الالتهاب النكفى المعدى عن الالتهاب النكفى البسيط وتمييز الالتهاب الخصيى المتعلق به عن الالتهاب الخصيى البلنورلجى الذى يصيب بربخ الخصية عادة

(المعالجة) معالجة الالتهاب النكفى المعدى بسيطة وتشمل المعالجة الواقية تفريق المجتمعات والمعالجة الدوائية تحتاج الى الراحة والحمية السائلة واعطاء مسهل خفيف ودهن الورم بالزيوت وتغليفه بالقطن لاجتناب تيار الهواء واعطاء جرعة مسكنة أو برومور البوتاسيوم عند الاقتضاء

(الفصل الثالث فى امراض الحلق)

(اولا فى الالتهاب اللوزى الحاد)

الالتهاب اللوزى الحاد ويسمى ايضا بالذبحة اللوزية الحادة إما أن يكون نزليا أو علمونيا أو عفنا وهو يصحب الذبحة البلعومية عادة أما الذبحة النزلية اللوزية فهى الأكثر حصولا وتصيب اللوزتين فى آن واحد وهى اخف الذبحات اللوزية ويسبق ظهورها عادة بيوم أو يومين اعراض هجوم عامة كالحمى والقشعريرة والتكسر والصداع

وفقد الشهية وقد تكون الحمى شديدة مصحوبة بهذيان أو تشنج عند الأطفال وفى الأحوال الثقيلة ربما تصل الحرارة الى ٤٠ درجة وقد تبتدئ الاعراض العامة مع الالتهاب فى آن واحد فيحس المريض بألم فى الحلق يزداد بحركات الازدراد فيجتنب الأكل والشرب ولا يبتلع اللعاب وينفذ المشروب فى الأنف ويصير للصوت أخنية مخصوصة وتحريك الفك وفتح الفم يحصلان بتألم شديد ويحس باللوزتين المنتفختين فى العنق بجوار زاوية الفك السفلى ولا يحتمل المريض الضغط عليهما ولو كان خفيفا واذا تزايد الانتفاخ ينشأ عنه عسر فى التنفس وقد يمتد الألم الى الأذن عقب امتداد الالتهاب الى بوقاستاكوس ويعسر الكشف على اللوزتين بسبب تألم المريض عند فتح فمه وانقباض الصفاقات الجناحية على اللوزة ويكون اللسان عادة مغطى بطبقة وسخة سميكة واللوزتان محمرتان ومنتفختين بدرجة غير متساوية ويشاهد على سطحهما فى اليوم الثانى والثالث افراز منعقد فى الثنيات والكريبتيه على هيئة بقع بيضاء مصفرة رخوة جلبية سهلة الانفصال واذا انفصلت بنفسها أو بالمسح فلا تجدد فى محلها عادة وتنتفخ العقد اللمفاوية تحت الفك غالبا بدرجة خفيفة وبعد مضى بعض أيام يخف الالتهاب وتتلطف الأعراض ويشتفى المريض ولكنه لا يزال عرضة للنكسات واذا تكرر الالتهاب يميل الى الحالة المزمنة خصوصا اذا كانت بنية المريض ديابتزية اوخنازيرية وأما الذبحة اللوزية الفلغمونية فتبتدئ كالالتهاب النزلى الثقيل وتشتد الاعراض والألم الموضعى حتى لا يمكن المريض تعاطى التكلم ولا تحريك اللسان ولا الازدراد ويسيل لعابه من الفم وتستقيم الرأس والعنق ثابتين لا يتحركان وينتفخ العنق بقرب الفك ويصير مؤلما ويمتد الألم الى الاذنين ويتعذر الكشف على اللوزتين لعدم قدرة المريض على فتح فمه واذا أمكن رؤيتهما توجدان منتفختين جدا ولونهما محمرا داكنا أو مغطاتين بافرازات

مبيضة وإذا ابتدأ التقيح يصير الغشاء المخاطي من حذائه احمر بنفسجيا وتخفض
اللهاة وتندفع قوائمها الى الأمام وتضيق فتحة الزور أو تنسد بالكلية
فيصل عسر التنفس الى درجة الاختناق وقد تكون الاصابة للوزة واحدة
ومتى اخذت في التحسن تصاب الثانية وترتفع الحمى جدا ويصحبها الاحساس
بقشعريرة متكررة وحرارة في الوجه وصداع وملل وتكسر في الأطراف وتفقد
الشهية وتتغطى اللسان بطبقة سميكة وسخة ويكتسب النفس رائحة
كريهة وتنتفخ العقد تحت الفك وبعد مضي يومين أو ثلاثة يصير الألم
نبضيا وإذا أمكن وضع الأصبع على اللوزة توجد رخوة عجينية أو متموجة
في حذاء بؤرة التقيح ومتى انفجر الخراج بنفسه أو بالمشرط يخرج منه صديد
منتن ويستريح المريض فورا

وخراج اللوزتين يكون في النادر في نسيجهما وفي الغالب يتجمع الصديد حول
اللوزة بينها وبين قائمة اللهاة من الأمام والأعلى ومتى انفجر الخراج تكونت
فتحة فوق اللوزة في حذاء اتصال اللهاة بقائمتها ويعقبه الشفا بسرعة
بحيث ان مدة المرض لا تجاوز اسبوعا أو عشرة أيام وفي بعض الأحيان
يتضاعف الالتهاب بالغنغرينا أو ينسكب الصديد في النسيج الخلوي
للعنق حتى يصل الى غاية قاعدة القحف وقد يتضاعف الالتهاب بأوزيما
الحنجرة أو بالتهاب الوريد الوداجي ويعقب ذلك تولد سدد سيارة أو
امتصاص صديدي وقد يؤثر التقيح على الشريان السباتي الباطن المجاور
للوزة ويثقبه ويعقب ذلك نزيف خطر أو مقتل في الحال

وأما الذبحة اللوزية العفنة فإن بعض المؤلفين (بوشار) يعتبر التهاب
اللوزتين على العموم مرضا عفنا ويسميه بالحمى اللوزية تشبيها بالحمى النكفية
والسبب في ذلك هو أن الالتهاب ليس دائما في نسبة الأعراض العامة وليس
من النادر مشاهدة ذبحة لوزية خفيفة مصحوبة بأعراض حمية شديدة جدا لا
يمكن تسميتها بالالتهاب اللوزي وربما اصاب الالتهاب اعضاء أخرى كالخصية

والكلا والبيض فيعتبر المرض كحمى لوزية عفنة والالتهاب اللوزي والخصى والكلوى والمبيض فيها كآفات موضعية مختصة بها كما يختص التهاب النكفة والخصية والمبيض مثلا بالحمى النكفية وبزعم البعض ان سبب الحمى ميكروب ينمو في ثنيات اللوزة ثم يعم الجسم ويلزم لنموه ان تكون اللوزتان في شروط مناسبة لحياته وتتم هذه الشروط عقب البرد أو التعب وعلى كل لم يتفق المؤلفون في هذا الصدد.

(التشخيص) تلزم معاينة اللوزتين في الذبحة اللوزية على العموم وان كان فتح الفم مؤلما صعبا والمريض طفل مستعص يلزم مع ذلك الالحاح عليه وجبره على الكشف لأجل تأكيد التشخيص وقبل الكشف يقتضي تنظيف الحلق بالغرغرة او الغسل لأجل ازالة المواد المخاطية والافرازات الالتهابية الموجودة على سطح اللوزتين وتستعمل خافضة اللسان أو ملعقة عريضة لأجل خفض قاعدة اللسان جيدا ويجلس المريض أمام فتحة مستنيرة بدرجة كافية أو تستعمل الاضاءة الصناعية لأجل رؤية الحلق واضحا وتمييز الذبحة اللوزية عن بقية انواع الذبحات المتعلقة بالروماتزم والقرمزية والحصبة والذبحة الانجرية والحمراوية والزهرية والدرنية التي سنشرحها في محلها مع الأمراض المتعلقة بها

(الاسباب) السن بين ١٥ و ٥٠ هو الأكثر استعداد الالتهاب اللوزتين ولا يشاهد عند الاطفال ولا بعد سن الاربعين الا في أحوال استثنائية والسبب المتمم له عادة هو البرد والرطوبة والتعب وزمن الحيض عند النساء أو اضطراب المعدة ويكثر حصول الذبحة اللوزية في فصل الخريف ويتكرر حصوله عند بعض الأشخاص بأقل سبب خصوصا اذا كان الشخص مصابا بضخامة اللوزتين وقد تكون الذبحة اللوزية متعلقة بمرض عام كالروماتزم والقرمزية والحصبة والزهري والدرن

(المعالجة) تعالج الذبحة اللوزية بالغراغر الملينة الدافئة كمغلي الخطمية مع اللبن والعسل

والعسل الوردى ويضاف لذلك غالبا كلورات البوتاسا وبعض نقط من صبغة الأكونيت أو الكولها ولأجل تخفيف الألم يمس الحلق بالجليسرين الكوكاييني (فيؤخذ من الجليسرين مثلا ٣٠ جم ومن البوراكس ٢٠ ومن مورياك الكوكايين ٠.٦٠) مرارا أو كل ساعة وعند وجود اضطراب فى المسالك الهضمية أو تلبك معدى أو حالة صفراوية يبتدأ باعطاء مسهل ملحى أو مقيئ مناسب ويراعى الحمية الخفيفة والشروط الصحية ويجتنب البرد والرطوبة

وفى الذبحة اللوزية الخفيفة والفلغمونية يمكن استعمال قطع الجليد مصا واستعمال المكمدات الباردة على العنق فى ابتداء الالتهاب لأجل تلطيفه أو انصرافه وبعضهم يضيف الى ذلك استعمال الأكونيت من الباطن والجاياكوم ملبسا يمصه المريض لأجل تدارك التقيح

واذا ابتدأ التقيح يلزم تنويع المعالجة ويضاف الى الاجزاء والغراغر الملسنة استعمال الضمادات والبخ على العنق واذا تكون الخراج يسرع فى فتحه ولأجل استكشاف الخراج بسهولة يوصى ستورك بالمرور بالسبابة على قسم اللوزة الملتهبة من أعلا الى أسفل والأمام مع الضغط باليد الثانية على اللوزة من الظاهر بقرب زاوية الفك السفلى ويستعمل لفتح الخراج مشرط مغلف النصل توجه حافته القاطعة الى الانسية لأجل تجنب الشريان السباتى الباطنى المجاور للوزة واذا لم يمتثل المريض للعملية يمكن التحامل على فتح الخراج بطرف ظفر السبابة أو يستعان على فتحه باعطاء مقيئ

(ثانيا فى الالتهاب اللوزى المزمن وضخامة اللوزتين)

الالتهاب اللوزى المزمن يعقب الالتهاب الحاد عادة واذا كان الشخص مستعدا ربما يدوم الالتهاب المزمن عنده مع ثوران حاد زمنا فزمنا وينشأ من ذلك فى الغالب كبر حجم اللوزتين المعبر عنه بالضخامة

ويكثر حصول التهاب اللوزتين وضخامتهما عند الاطفال الى غاية سن البلوغ والشبوبية ويندر عند الكهل بسبب ضمور اللوزتين مع التقدم فى السن

ولا يشاهد فيه من الكهولية الا من تخلفات الشبوبية
وتصيب الضخامة لوزة ولحدة أو اللوزتين معا بحيث تبرزان في فتحة الزور جدا أو تلامسان اللهاة وتتقابلان ببعضهما وتسدان فتحة الزور تقريبا ويتنوع لونهما من الوردى الى الأحمر الداكن وتشاهد على سطحهما في الثنيات اللوزية انعقادات جبنية أو كلسية مبيضة وقد يصل حجمها الى حجم الجوزة أو أكبر ويصير نسيجها لحميا متينا ويكون سطحهما أملسا في الابتداء ثم بعد لين الانعقادات الجبنية وسقوطها تعقبها انبعاجات وحفر شبيهة بتآكل النسيج اللوزى فيصير سطح اللوزة غير منتظم
وبالبحث الميكروسكوبى توجد الخلايا الكريبتية متكاثرة والنسيج الخلوى بينها كثيفا والغشاء المخاطى سميكا ويمكن تشبيه ضخامة اللوزة بضخامة الغدد الليمفاوية على العموم وتصحبها غالبا ضخامة العقد تحت الفك التى ربما تتقيح
وضخامة اللوزتين عند الاطفال لها عواقب وخيمة توجب ضرورة المعالجة لاجل تداركها لانه متى كبرت اللوزتان تسد فتحة الخياشيم من الخلف وتضيق الزور ويتسبب عن ذلك عسر التنفس بالانف فيضطر الطفل الى التنفس بالفم ودوام فتح فمه ليلا ونهارا فتضيق الانف لعدم استعمالها ويصير التنفس شخيرا مدة النوم ويستمر التهاب الحلق بسبب وصول الهواء البارد من الفم له على الدوام وصعوبة مرور الهواء من الحلق توجب انقباض الحجاب الحاجز بقوة ويتسبب عنها انخساف الاضلاع السفلى ومع طول الزمن يضيق الصدر ويتشوه ويكتسب هيئة صدر الحمامة وتتضاعف الضخامة غالبا خصوصا عند الاطفال اللنفاويين وحتازيرى البنية بالزكام المزمن ونوازل الملتحمة الجفنية وضعف حاستى الذوق والشم وضعف السمع أو الصمم عقب انتفاخ الغشاء المخاطى لبوق استاكيوس وينشأ من هذه العواقب والمضاعفات سوء التغذية وتعطيل النمو

الحلق واكتساب السحنة هيئة البله
وقد لا تقتصر ضخامة اللوزتين اعراض واضحة ولا مضاعفات أصلا

(المعـــالجه)

تعـــالج البنية الخنازيرية بالمغذيات بالمقويات الحديد وزيت السمك
ويمس اللوزتين الضخمتين بمحلول ثلث كلورور الحديد أو صبغة اليود أو بالحجر
الفضى أو بمسحوق الشب والتنين على مرات حسب الأحوال وإذا كانت الضخامة
لحمية لم تتنوع بهذه الأدوية يلزم اجراء عملية القطع بالمشرط أو الآلة
المخصوصة لقطع اللوزتين أو بعمل الكى النقطى بواسطة الترموكوتير
أو الجالوانوكوتير ويكفى للشفاء تكرار الكى بعض مرات قليلة على حسب
الاحوال
ولأجل ايقاف النزيف الشعرى بعد القطع يتعرض المريض قطعا صغيرة من الجليد
أو يتغرغر بماء الخل أو بمحلول قابض خفيف ثم تستعمل غرغرة بورية أو فينيكية
خفيفة ويداوم على ذلك حتى يتم التحام الجرح الذى يحتاج الى بعض
ايام ولا يتصرح للمريض فى هذه المدة الا بالاغذية السائلة أو الرخوة
البسيطة

(ثالثا فى الالتهاب البلعومى الحاد)

التهاب البلعوم المسمى ايضا بالذبحة البلعومية إما نزلى أو غلغمونى أو
هربسى ومن النادر جدا وجود الذبحات البلعومية وحدها وهى تشغل
الحلق كله عادة اى البلعوم واللوزتين واللهاة وقوائمها
أما الذبحة البلعومية النزلية فاسبابها البرد والرطوبة وتتصف باحمرار
الغشاء المخاطى وجفافه ولمعانه وانتفاخه وظهور الغدد المخاطية على
سطحه بهيئة بروزات رملية وارتشاح النسيج الخلوى تحته بنضج التهابى
ويسبق ظهوره غالبا خصوصا عند الاطفال اعراض عامة كالقشعريرة

.لمنكرة والحمى والصداع وتكسر الاطراف واضطراب المعدة وقد تكون هذه الاعراض العامة واهية أو مفقودة ويحس المريض بحرارة وجفاف في الحلق وألم وصعوبة في الازدراد تشتد عند اليقظة صباحا وتلطف نهارا وفي اليوم الثاني أو الثالث يتغطى الحلق وتتكون فيه مواد مخاطية سهلة الانفصال بالتنخم وتجف في الصباح نوعا وتحتقن العقد تحت الفك قليلا ثم تخف الأعراض وينصرف الالتهاب ويبرأ المريض في مسافة اسبوع تقريبا

والذبحة النزلية قابلة للنكسات بعد شفائها وقد ترجع بأقل سبب كالبرد والرطوبة واضطراب المعدة وقد تنتهي بالحالة المزمنة

وقد تصحب الذبحة الحلقية تقرحات سطحية صغيرة كالتقرحات الحويصلية قاعها مصفر وتكسب النفس رائحة منتنة تشاهد ما لاكثر عند الممرضات والتلامذة الملازمين للمرضى والاشخاص المضعوفين برداءة الصحة ويكفي اصلاح شروط الصحة واعطاء المقويات الكينية والحديدية لأجل شفائها في مدة أيام قلائل

وأما التهاب الحلق الفلغموني فيشاهد غالبا عند الاطفال الصغار ويتصف ابتداء بأوصاف الذبحة النزلية ثم تشتد الاعراض العامة والموضعية ويزداد الألم وصعوبة الازدراد ويتكون خراج تختلف اعراضه باختلاف موضعه في الجزء العلوي من البلعوم او السفلي فاذا كان مجلسه مرتفعا يظهر بهيئة بروز يمكن الوصول اليه بطرف الاصبع والاحساس بتموجه وأما اذا كان مجلسه منخفضا فلا يمكن مشاهدته وحيث انه يضغط على الحنجرة ويوجب عسر التنفس والاختناق فلاجل عدم آلتباسه بالكروب او وذيما المزمار يلزم التدقيق في اعتبار سوابق المرض وسيره وأوصاف الألم وصعوبة الازدراد وادخال الأصبع استقصاء في الحلق لأجل استكشاف الخراج

وقد ينسب خراج البلعوم الفلغموني الى التهاب العقد اللنفاوية خلفه وهو مرض

مرض خطر لأنه ربما يؤدى الى الاختناق بضغطه على الحنجرة أو انسكاب صديده فيها وقد يتضاعف باوذيما المزمار ولذلك تلزم المبادرة فى سرعة فتح ما المشرط
وأما الالتهاب البلعومى الهربسى فأنه يتصف بظهور حويصلات متباعدة عن بعضها أو متقاربة نحو حويصلات الهربس مصحوبة بالتهاب واضح فى الغشا المخاطى تحتها وتتكون الحويصلات بسرعة وتنمحى وتعقبها قشرة مبيضة غشائية وقد تكون الحويصلات كثيرة منتشرة ومختلطة فعقبها تكون اغشية كاذبة مرضية ليست دائمًا قاصرة على البلعوم فقط بل قد تكون عامة للحلق واللوزتين وقوائمها بحيث يمكن التباسها بالدفتريا ولكن الاغشية هنا تسمى مبيضة غير كابية وملتصقة بالغشاء المخاطى واذا انتزعت توجد تحتها قرحة أو اثرة القلام قريبة من الانتهاء وتركيب الاغشية الكاذبة هنا يشبه تركيبها فى الدفتريا لكنها لاتحتوى على الميكروب الدفتيرى
ويسبق ظهور الذبحة الهربسية دور هجوم فيه الأعراض العامة قوية تتصف بقشعريرة شديدة وحمى حادة جدا وصداع شبيه بصداع الالتهاب السحائى (الأوزج) واضطراب هضمى مع قئ وتستمر هذه الأعراض مدة يوم أو يومين ثم يحس المريض بألم شديد فى الحلق والم قاصر فى الغالب على جهة واحدة ويحتقن الغدد تحت الفك ثم يظهر الطفح الهربسى باوصافه السابقة الا أنه لايصحب الطفح بهاتة اللون ولا انحطاط عام وبعد مضى بعض أيام تلطف الأعراض العامة والموضعية ويحصل الشفاء بسرعة بدون نقاهة تقريبا ويصحب الذبحة الهربسية غالبا ظهور طفح هربسى فى الانف والفم وفى الملتحمة والفرج وصنق الرحم وفى الجلد ووجودها يساعد جدا فى التشخيص
(الاسباب) الذبحات البلعومية الحادة تشاهد فى جميع الاعمار واكثر حصولها فى سن الطفولية وعند الشبان وتحدث من تأثير البرد والرطوبة خصوصا عند المترهفين او المنتهكين والاطفال ذوى البنية الخنازيرية أو اللمفاتيكية ومن اسبابها ايضا مجهودات الصوت واستنشاق

المشروبات والماء كل الحارة والجواهر المهيجة الحريفة والكاوية ونحوها
و قد تنشأ هذه الذبحة البلعومية تابعية لالتهاب الأعضاء المجاورة
كالفم أو في بعض الأمراض العامة كالروماتيزم والحصبة والقرمزية والحمى
التيفودية والحمرا والنقرس

(المعالجة) اذا كانت الأعراض العامة والصفراوية واضحة يبدأ باعطاء
مسهل ملحي أو مقيئ ثم تعالج الذبحة بالغراغر الملينة أو تمس بالجليسرين
البوراتي ومتى تلطف الالتهاب تستعمل الغراغر القابضة وبعضهم يفعل
التشريط في الذبحة الغلصمية لأجل تدارك التقيح ومتى حصل الخراج يلزم
فتحه عاجلا واستعمال الغرغرة البوراتية حتى يلتحم الجرح
ولأجل تدارك حصول النكسات يلزم تقوية البنية واستعمال المياه الباردة
غسلا ودوشا وتجتنب مجهودات الصوت والرطوبة والأبخرة المهيجة

(رابعا الالتهاب البلعومي المزمن)

التهاب البلعوم المسمى أيضا بالذبحة البلعومية المزمنة يعقب الذبحة
الحادة أو يبتدئ ببطء بدون أعراض واضحة أو يحس المريض بجفاف في الحلق
وحرارة خفيفة وتنمشة وأكلة أو نخس يتضح عند اليقظة صباحا ويتلطف
بالنهار وتتكون على سطح الغشاء المخاطي مواد مخاطية ثخينة لزجة تجف أحيانا
و يتسبب عنها سعال وتنحنح حلقي متعب ويتعسر الازدراد خصوصا ازدراد
اللعاب ويصير التكلم مؤلما فيمنع المريض من تأدية وظائفه التصويتية
كالواعظ والأفوكاتو والمغني ومن تكلم في مكان بارد يؤثر الهواء البارد
على الحلق ويزيد التهابه ويشتد تألمه ويصير الغشاء المخاطي محمرا
كابيا لامعا جافا منتفخا ويصير سطحه حبيبيا ويعبر عنه حينئذ بالذبحة
البلعومية الحبيبية واذا امتد الالتهاب الى بوق استاكيوس يحصل
في السمع ثقل

ثم ان الحبيبات في الذبحة البلعومية الحبيبية تتكون من ضخامة الأجربة
المخاطية

المخاطية ويبلغ حجمها مرجبة الدخن الى حبة الشهدانج وتكون منتشرة متفرقة أو عديدة مجتمعة ومتقاربة أو مختلطة وتكون لونها احمر كابيا وقاعدتها محاطة بشبكة من الأوعية الشعرية المتمددة ويصحب الذبحة الجيبية في الغالب التهاب مزمن في الغشاء المخاطي للفتحة الخلفية للحفر الانفية والغشاء المخاطي للحنجرة و اللوزتين واللهاة وقد يصل الى سقف الحنك وقد يقتصر الالتهاب على الوجه الخلفي لقوائم اللهاة ويوجب تألم المريض ولا نتيسر مشاهدته بالبحث السطحي بل يحتاج الحال الى البحث بالمرآة لاجل استكشافه ومعالجته

وسير الذبحة الحلقية المزمنة بطيء جدا ويحصل فيه ثوران حاد زمنا فزمنا واذا كان المريض حساسا جدا عصبيا يتعب خاطره ويتفكر في حالته على الدوام ويستشير الحكماء واحدا بعد واحد وربما انتهى الحال معه بالماليخوليا

(الأسباب) البرد والرطوبة والمهيجات الموضعية كشرب الدخان والمشروبات الكؤلية ربما تولد الذبحة البلعومية المزمنة وتساعد على دوامها ويكثر حصولها مع النقرس والروماتيزم والديانيز الهربسي

(المعالجة) المعالجة المرضية تشمل تلطيف الالتهاب وتحسين الحالة العمومية باستعمال المياه الكبريتية والزرنيخية والقلوية من الباطن وتغرغرا ولكن حيث ان الغرغرة لا تصل الى البلعوم فلا تفيد في معالجته ويفضل عليها استعمال محلول نترات الفضة أو صبغة اليود بواسطة الفرشة وأما معالجة الجيبات فتحتاج الى اتلافها إما بالكي بالبوتاسا بطريقة ما كنزي أو بكي الجيبات واحدة أو اثنتين فقط كل يوم ولكن هذه الطريقة بطيئة ومتعبة وإما ان تكوى الجيبات بالجلوانوكوتير بطريقة ميشل اعني يكوى سطح الجيبات بالسلك في مسافة محدودة وتكرر الكي بعض ايام ويرجح الكي بالجلوانى على الوامو كوتير لسهولة

ادخال واخراج السلك الجلوانى باردا وعدم تعرض الاجزاء الرخوة البعيدة للكى كما فى الترموكوتير

(خامسا فى عنقرينا الحلق)

عنقرينا الحلق قد تكون تابعية للأمراض العفنة العامة كالحميات الطفحية والحمى التيفودية والدوسنطاريا أو مضاعفة للذبحات الغلغمونية والدفتيريا أو تكون العنقرينا ذاتية ونشاهد كثيرا عند الأطفال كالنوما ونادرا عند الكهول

وتبتدئ العنقرينا التابعية عادة ببطء بدون ألم ولا اعراض واضحة وأما العنقرينا الذاتية فتبتدئ بحركة حمى وألم يعقبها ظهور بقع عنقرينية سخابية أو مسودة منتنة من حجم العدسة الى حجم الفرنك بجلسها اللوزتان وسطح البلعوم حافتها منتخبة وغير منتظمة ذات لون أحمر داكن تنتهى إما بالسقوط ونعقبها قرحة نظيفة تلتحم بسرعة وإما انها تمتد وتتصل بالبقع العنقرينية المجاورة وتعم الحلق وتمتد فى الفم الى الشفتين وتنزل نحو الحنجرة والبلعوم ويصحبها انتفاخ مهول فى العقد اللنفاوية تحت الفك وتعب زائد ورائحة منتنة فى النفس وخفة فى الصوت وصعوبة زائدة فى الازدراد وهبوط فى القوى واديناميا أو ضعف وصغر فى النبض وبهاتة فى الجلد واعراض عصبية كالهذيان والكوما ويحصل الموت فى مسافة بضع أيام من يومين الى اسبوعين إما بالكوما أو بالاغما

وتعالج العنقرينا الحلقية كالنوما بالكى بالحوامض (كلوايدريك نتريك) أو بالترموكوتير والغسل بالسوائل المضادة للعفونة كمحلول تحت كبريتور الصوديوم وحمض البوريك ويقوى المريض بالمقويات كالكينا والقهوة والكونياك

(سادسا فى دفتيريا الحلق)

دفتيريا الحلق تتصف بتكون اغشية كاذبة فى الحلق ربما تمتد الى المسالك الهوائية

الهوائية والبلعوم وتصحبها اعراض عامة تختلف حدتها وبالنظر لهذه الأعراض يعبر عن الدفتريا بالبسيطة أو الخبيثة أو المتوسطة

(الأعراض) مدة التفريخ تختلف من يومين الى سبعة وقد تكون أقصر من ذلك أو أطول بكثير وفي الأحوال المتوسطة الحدة يبتدئ الدفتيريا غالبا باعراض هجوم خفيفة كالحمى وألم الحلق وصعوبة الازدراد وخنة الصوت ويحصل احمرار في الغشاء المخاطي للبلعوم واحدى اللوزتين أو هما معا وتظهر على سطحه بقع مبيضة تكون أولا رقيقة نصف شفافة كالمخاط المنعقد ثم تسمك بسرعة وتبيض وتكتسب هيئة الاغشية الكاذبة وهي تلتصق بالغشاء المخاطي بخفة بحيث يمكن عزلها عنه في الابتداء بسهولة ومتى انفصلت يظهر الغشاء المخاطي تحتها محمرا فاقدا للبشرة ومنبجا قليلا بسبب الانتفاخ المحيط به ولا تكون فيه تقرحات الا في احوال استثنائية وبعد مضي بضع ساعات تصير الاغشية الكاذبة سميكة فتبرز على سطح الغشاء المخاطي وتمتد في اتساع عظيم بحيث تغطي معظم اللوزة والحلق وتلتصق بقوة بالغشاء تحتها ويصير لونها مصفرا أو سنجابيا ويمتد الالتهاب والانتفاخ على اللهاة وقوائمها واللوزتين وتتغطى هذه الاجزاء بالغشاء الكاذب قبل انتهاء اليوم الأول أو الثاني وتنتفخ العقد تحت الفك في جميع الأحوال تقريبا ولذلك يعتبر انتفاخها علامة مهمة في التشخيص

ومن ابتداء اليوم الثاني أو الثالث تشتد الأعراض الموضعية كألم الحلق وصعوبة الازدراد ويخن الصوت ويبهت الجلد وأما الحمى فتكون في الغالب متوسطة الحدة أو خفيفة

ومن أوصاف الاغشية الكاذبة سرعة تولدها بعد نزعها فاذا صار تنظيف الحلق يكفي لتكونها ثانيا مسافة بضع ساعات خصوصا عند الاطفال

واما عند الكهول فتولدها يحتاج الى مدة اطول من ذلك وتنمو الاغشية الكاذبة من الباطن الى الظاهر حتى انه كلما تكونت طبقة

جديدة فوق سطح الغشاء الملتهب تدفع الطبقات القديمة أمامها وينتج من ذلك اكتساب الغشاء هيئة وريقية وتنفصل منها الطبقات السطحية وتسقط على هيئة شرائح متمزقة غير متصلة ويمكن نزعها بسهولة وأما الطبقات الغائرة فلا يمكن نزعها الا بصعوبة وربما اعقبها نضح دموي خفيف واذا كان الغشاء الكاذب منحصرا في انبعاج من الغشاء المخاطي ومحاطا بانتفاخ شديد ربما يشتبه بالقرحة في البحث السطحي

ثم ان الاغشية الكاذبة لا تحفظ لونها المبيض أو المصفر الطبيعي فيتغير لونها من المشروبات ومواد القيء والنضح الدموي للحلق أو الرعاف وتصير داكنة أو مسودة وباجتماع هذا اللون مع رائحة النفس المنتنة ربما تكتسب هيئة الغنغرينا وقد تتضاعف الدفتيريا حقيقة بالغنغرينا فيلزم الاعتناء في البحث لأجل تعيين الحقيقة

ويصحب الدفتيريا غالبا ظهور الزلال في البول ولا تعتبر هذه المضاعفة خطرة الا في الأحوال الخبيثة

واذا كانت الحالة حميدة يبتدئ التحسين من اليوم السادس الى العاشر فيخف احتقان الغدد تحت الفك ويقف تولد الاغشية الكاذبة ويظلف الغشاء المخاطي ويصير ورديا ويسهل الازدراد ويدخل المريض في النقاهة وهي بطيئة ويبقى المريض فيها عرضة للشلل الدفتيري والمضاعفات الأخرى المذكورة في العموميات

هذا هو الشكل المتوسط للدفتيريا وأما الشكل الخفيف فانه يتصف بظهور بعض اغشية لا تمتد على سطح الحلق كله ولا تتجدد بعد سقوطها ولا تصحبها اعراض عامة واضحة وتشاهد هذه الأحوال في الازمنة الغير الوبائية ومع ذلك فانها تعرض المريض للنقاهة المستطيلة والمضاعفات الدفتيرية على العموم

وأما الشكل الخبيث فانه يتصف بحمى شديدة ربما تصل الى ٤٠ فما فوقها مصحوبة

بقشعريرة

بقشعريرة متكررة وقيء وهذيان وعطش زائد وبهاتة في الوجه وتلطف هذه الأعراض في اليوم الثاني أو الثالث أو تزيد ويشتكي المريض في الابتداء بآلام قوية في الحلق وصعوبة فائقة في الازدراد واحتقان مهول في العقد تحت الفك بحيث تنتفخ جدا وتختلط ببعضها على هيئة ورم محيط بالعنق في حذاء الفك ويتوتر الجلد في حذائه ويصير سنجابيا وكلما تقدم الألم والاحتقان الغددي على ظهور الاغشية الكاذبة كلما كان الانذار خطرا وقد تتقيح الغدد كالخيرجلات فاذا حصل التقيح في اوائل المرض يعد علامة خبيثة وأما انتفاخ العقد اللنفاوية وتقيحها بقرب انتهاء المرض فان الخطر يكون فيه أقل مما بيناه قبل

وتكتسب الاغشية الكاذبة في الشكل الخبيث اوصافا جديدة فضلا عن تلونها بالأسمرار والسواد بسبب النضح الدموي تكون رخوة على هيئة طبقة عجينية متقيحة وتتولد بسرعة مهولة ويكون الغشاء المخاطي تحتها بنفسجيا أو مبقعا بنقط ايكيموزية وتنتشر من الفم رائحة كريهة تقرب من رائحة الغنغرينا ويسيل من الفم لعاب صديدي غزير وتصحب الأحوال الخبيثة دفتيريا الحفر الانفية التي تتصف بتكون الاغشية الكاذبة الرخوة وسيلان مادة مخاطية صديدية أو دموية أو رعاف حقيقي واذا امتد الالتهاب الى القنوات الدمعية تحمر العين ويسيل الدمع على الخد وقد تمتد الدفتيريا على الملتحمة وربما اعقبها فقد الابصار

وقد تمتد الدفتيريا بواسطة بوق استاكيوس الى الاذن الباطنة ومنها الى القناة السمعية الظاهرة فينشأ عنها طنين في الأذن والآم حادة وربما فقد السمع أو يحصل التقيح في الاذن ويصل الالتهاب الى السحايا وقد يصير التسمم الدفتيري عاما فيصيب الاغشية المخاطية الأخرى كالمستقيم والفرج أو يصيب الجلد خصوصا في المحال المعراة عن البشرة فيما اذا وضع

الحراريق أو ارسل العلوق غلطا فى المعالجة ومن المشاهد أن امتداد الدفتريا الى الحنجرة والشعب يكون أكثر حصول لا فى الدفتريا المتوسطة الحدة التى سبق شرحها منه فى الدفتريا الخبيثة

وما يتصف به الشكل الخبيث اكتساب الاعراض العامة هيئة التسمم الدفترى فتكون الانيميا شديدة ولون الجلد فى الوجه والايدى كابيا شمعيا والنبض خفيفا رخيصا والقوى محطة والضعف متزايدا والشهية مفقودة والبول زلاليا وينضح الدم من الأنف واللثة والفم والحلق وتحت الجلد بشكل الفورفورا وقد يشاهد طفح جلدى حصبى أو قرمزى أو حمراوى وينتفخ الكبد والطحال وأما المعقولية فإنها لاتتأتى عادة ولا يحصل الموت بالاسفكسيا لأن الحنجرة لاتصاب فى الشكل الخبيث الا نادرا ويموت المريض عادة بالأغما أو شلل القلب أو الهبوط

والشكل الخبيث سريع العطب فقد يقتل المريض فى مسافة ٤٠ ساعة أو فى مسافة يومين أو ثلاثة وقد يمتد الى ستة أيام أو عشرة بالأكثر وقد ينتهى بالشفا ولكن تكون النقاهة بعد بطيئة وتتصف بالهبوط والضعف الشديد وربما مات فى أثناء النقاهة بالأغماء أو بارزيا القلب

(التشريح المرضى) أوصاف الاغشية الكاذبة وتركيبها والباسل الدفترى سبق شرحها فى الدفتريا على العموم وأما الآفات الموضعية فانها تشاهد فى اللوزتين والبلعوم وتتصف فى اللوزتين بتكون الاغشية الكاذبة فى المثنيات الكريبتية ووصولها تحت البشرة وارتشاح الأدمة المخاطية بالمادة النغاوية والكرات البيضا والحمرا واحتقان الأوعية وامتلائها بكرات بيضا وينتج من ذلك انتفاخ الأدمة بدرجة مختلفة ويعم النضح منسوجها الخاص والاجربة المخاطية معا وتكتسب اللوزتان ضخامة كبيرة

وأما الغشا المخاطى للبلعوم فتشاهد فيه علامات الالتهاب والانتفاخ الناشئ من النضح وتكون الاغشية الكاذبة بدرجة أقل حدة منها فى اللوزتين

ونصحب

ويصحب هذه الآفات احتقان العقد اللنفاوية ولا يختلف انتفاخها هنا عن ما سبق شرحه في الحميات

(التشخيص) تتميز الذبحة اللوزية المادة البسيطة عن الدفتيرية بشدة القشعريرات والحمى والصداع وتكسير الأطراف التي توصف هجومها وتتميز الدفتيريا بخفة هذه الأعراض العامة في الشكل الخفيف والمتوسط وسرعة ظهور أعراض الانيميا والانحطاط وضعف النبض في الشكل الخبيث وبتميز النضح المبيض الجبني للذبحة اللوزية بكونه غير محدود الحواف جيدا أو يسهل انفصاله ولا يميل الى التولد ثانيا وتتميز الاغشية الدفتيرية بكونها محدودة الحواف ادة ولونها مبيض مخاطي ابتداء ثم مصفر أو سنجابي فيما بعد وقوامها متين ولا تنفصل عن الغشاء تحتها الا بصعوبة وتتولد بسهولة بعد نزعها واحتقان العقد تحت الفك قليل الوضوح في الذبحة اللوزية وانتفاخها واضح في الدفتيريا

ويعسر التشخيص بين الذبحة اللوزية الفلغمونية والدفتيريا الخبيثة لان شدة الأعراض العامة والموضعية ابتداء تتشابه واذا اتفق ما عف الفلغموني بالغنغرينا يكتسب الغشاء المخاطي هيئة الاغشية الكاذبة الخبيثة وتكتسب الاعراض هيئة الضعف والانحطاط فتزيد الالتباس لاسيما وان احتقان العقد تحت الفك يتشابه حينئذ في المرضين ولكن الاحتقان الدفتيري يكون مبكرا واحيانا قبل الآلام الموضعية وعسر التنفس والازدراد في الدفتيريا اقل درجة بحيث يسهل فيها الكشف على الحلق ولا توجد اللهاة ولا اقوائها ساقطة بدرجة سقوطها في الذبحة الفلغمونية

وأما الذبحة الهربسية فانها تتميز باعراض هجومها القوية وانتفاخ العقد فيها بخفة واغشيتها الكاذبة لا تعم الحلق الا نادرا وتكون ملتصقة جدا بالغشاء المخاطي ويكون لونها مبيضا جدا ولا تصحبها اعراض الانيميا

ولا الهبوط ولا البول الزلالي لأنها آفة موضعية صرف ويبرأ المريض منها بدون نقاهة تقريبا ومع ذلك فقد يصعب التشخيص ويلتزم الطبيب بالاحتراس في الانذار وعلى العموم يلزم الحذر في جميع الذبحات المصحوبة بافرازات بقعية مبيضة

وأما تشخيص شكل الدفتيريا سواء كان خفيفا أو متوسطا أو ثقيلا فلا يمكن الحكم فيه قطعيا في أغلب الاحوال لأن هذه الاشكال قد تتحول وربما ابتدأ المرض بشكل خفيف وانتهى بالخبث وربما برئ المريض من الشكل الخبيث ومع ذلك فإن انتفاخ العقد المبادر وشدته وامتداد الدفتيريا للحفر الانفية وشدة الانيميا والاخطاط والاعراض العامة كلها تعلن بالخطر وحصول التسمم بافرازات الباسيل الدفتيري

(الاسباب) دفتيريا الحلق في العادة تصيب الاطفال الحديثي السن بين ٣ و ٧ سنين ولا تصيب الاطفال الرضع الا نادرا جدا والاطفال الذكور أكثر عرضة لها من البنات ويمكن حصولها في جميع الاعمار وتشاهد بحالة مستمرة في بعض الجهات بصفة جنسية وتتوزر زمانا فزمانا على حالة وبائية خفيفة أو خبيثة وحصول الذبحات عند الشخص يجعله مستعدا للدفتيريا والاصابة بها مرة لا تمنع من الاصابة بها ثانيا وتكسابها ليست نادرة ويمكن اكتسابها بالعدوى بلا واسطة أو بالهواء ولا تعلم طرق العدوى بالهواء جيدا

وبالجملة فدفتيريا الحلق إما أن تكون اصلية أو عارضية للأمراض العامة كالقرمزية والجدري والحمى التيفودية ونحوها

(الانذار) يلزم التأني في الانذار لأن الأحوال التي تظهر خفيفة ربما تكتسب خطرا كبيرا فجأة بامتداد الالتهاب الى الحنجرة وعلى العموم يعتبر امتداد الالتهاب على سطح متسع ووصوله الى الانف ومضاعفته بالبول الزلالي علامات رديئة وانتفاخ العقد اللنفاوية بدرجة مفرطة

يعلن

يملن الخطر ايضا ويختلف الانذار باختلاف نوع الوباء وحدته وربما وصلت الوفيات فى بعض الوبآت الى ٥٠ أو ٦٠ فى المائة

(المعالجة) المعالجة الواقية تشمل عزل المرضى وخصوصا ابعاد الأطفال عنهم حتى يتم الشفا بنحو ثلاثة اسابيع ويلزم تطهير المواد الملوثة اما بغليها أو حرقها أو معاملتها ببخار الماء واذا هلك الطفل يلزم بتخبير أودته بزهر الكبريت ورشها بماء الجير ولا يسمح بالسكنى فيها الا بعد مضى نحو الثلاثة اسابيع وتراعى بقية الشروط الصحية العامة بالدقة

وأما المعالجة الدوائية فهى متنوعة جدا وتقريبا كل طبيب له طريقة مخصوصة يوجبها وأساس المعالجة هى الادوية المضادة لنمو الباسيل والأدوية المقوية للطفل

أما الأدوية المضادة للباسيل الدفتيرى فتستعمل غرغرة ومصا فللغرغرة يستعمل محلول السليمانى أو الجليسرين السليمانى ($\frac{١}{١٠٠٠}$ الى ؟) ومحلول حمض البوريك ($\frac{٤}{١٠٠}$) وبنزوات الصوداً وحدها او مع كلورات البوتاسا ($\frac{٤}{١٠٠}$) وماء الجير وعصير الليمون ومحلول الكنينولين الكؤلى ($\frac{١}{١٠٠}$) والكالبتوس فيتغرغر المريض كل ساعة مرة واذا كان الطفل صغيرا يمس حلقه كل ساعة مرة بمحلول أقوى مما ذكر وانما يفعل المس بواسطة القطن الطبى بقوة مناسبة لاجل فصل الاغشية الكاذبة بدون ادماء الغشاء المخاطى تحتها ويفعل الوزن أو التبخير بمحلول مخفف جدا وبعضهم يوصى باستعمال مرهم يودى او زيبق خفيف على العقد اللنفاوية وبعضهم يمنع استعمال المراهم المذكورة

وأما المقويات فتشمل الأمراق المركزة واللبن والقهوة والكونياك ويضاف ماء الجير الى اللبن وتعطى الكينا وفوق كلورور الحديد وتختلف هذه الادوية ومقاديرها باختلاف سن الطفل وقابليته

(سابعا في زهري الفم والحلق)

زهري الفم والحلق إما أن يكون ابتدائيا أو ثانويا أو ثلاثيا وإما أن يكون وراثيا أو اكتسابيا

أما الزهري الابتدائي أي القرحة الزهرية الابتدائية فإنها تشاهد عند الرجال أكثر من النساء وعند الأطفال الذين يكتسبونها من ثدي المرضع وتحصل في الفم غالبا ونادرا في الحلق وقد تحصل العدوى بلا واسطة من استعمال أواني الأكل والشرب الملوثة كالملعقة والكوبة وبزبوز المبسم وفم السجائر ونحو ذلك

وتكون القرحة وحيدة عادة ومتعددة في النادر وتختلف أوصافها باختلاف الذقن إذا كان مجلسها الشفة السفلى وتحت زاوية الفك إذا كان مجلسها في بقية أجزاء الفم وتكون مدتها بين ٤ أو ٥ أسابيع وقرحة الشفة بالنظر لبروزها ربما تلتبس بالسرطان الشفوي ولكنها تتميز بسرعة ظهورها وباستفاخ العقد الذي يصحبها بخلاف السرطان فإن سيره بطيء ولا انتفاخ العقد الا بعد مضي بعض أسابيع أو أشهر من حين ظهوره

وأما القرحة الزهرية للفم فإنها نادرة وتتميز بقاعها اللبي السنجابي وحافتها المقطوعة قطعا عاموديا وربما اشتبهت بالسل الشعباني والخنازير حالات وعدوى المريض بالتلقيح

وأما القرحة الزهرية في اللوزتين فإنها تصيب لوزة واحدة عادة وتختلف أوصافها فإما أن تكون مغطاة بطبقة دهنية مبيضة شبيهة بالغشاء الكاذب أو يكون قاعها سنجابيا أخنيا منتنا ويصحب انتفاخ اللوزة تيبس قوامها والتألم عند الازدراد وانتفاخ العقد اللمفاوية تحت الفك وتتميز القرحة عن الدفتريا باقتصار الآفة على لوزة واحدة وتيبس اللوزة المصابة ولين الافراز الالتهابي وسهولة نزعه ووجود القرحة تحته وجودة الصحة العمومية بخلاف الدفتريا فإنها تمتد على

على اللوزتين بسرعة واغشيتها سميكة متينة لا تنفصل الا بصعوبة وتصحبها اعراض عامة واضحة وأما اذا كانت القرحة متسعة غير منتظمة ومغطاة بمادة لزجة منتنة فربما تلتبس بالسرطان ولكنها تتميز عنه بسيرها السريع وفقد الألم الذاتى فيها فلا تتألم الا وقت الازدراد ولا تدمى بالمس ويصحبها انتفاخ العقد اللنفاوية بخلاف القرحة السرطانية فان سيرها بطيء ويصحبها ألم ذاتى مستمر يزداد وقت الازدراد وتدمى بسهولة ويظهر الانتفاخ العقدى فيها متأخرا

وأما الزهرى الثانوى فانه يظهر فى المادة بشكل اللطخ المخاطية التى تختلف أوصافها فتارة تكون على هيئة تسلخ أو حلمات متقرحة أو غير متقرحة على حسب مجلسها ففى الشفتين تكون عادة على هيئة تسلخ صغير مبيض وفى اللسان تكون على هيئة تسلخ أو حلمات تتقرح بسرعة فى حافة اللسان وتتشقق فى ظهره وتصير ضخمة شبيهة بورم سرطانى أو تنبطط وتصير ملسة وفى اللوزة تكون مفرطحة مبيضة وتنتشر متعددة فوق اللوزة واللهاة وقوائمها وأما فى البلعوم فتكون نادرة جدا

واللطخ المخاطية غير مؤلمة ولكن تنشأ عنها صعوبة الازدراد فى الحلق وتعقبها العدوى بعد شهرين أو ثلاثة وتبرأ وتعود بحيث تلازم المريض عدة اشهر أو سنتين وسواد افرازها معدية جدا ويصحبها انتفاخ العقد اللنفاوية تحت الفك

وقد يظهر الزهرى الثانوى على هيئة اريتما خاصة بالحلق أو عامة للفم والحلق مصابلون أحمر لعلى وتصحبها عادة اريتما الحنجرة

وأما الزهرى الثالثى فيظهر اما على هيئة تقرحات ثعبانية أو ثاقبة أو على هيئة ارتشاح صمغى أو اورام صمغية سهلة التقرح

أما التقرحات الثالثية فانها تشبه التقرحات الجلدية وتصيب الحلق غالبا فاذا كان مجلسها اللهاة أو قوائمها فانها تؤكلها وتنهكها بسرعة

فاذا كانت ثعبانية تتميز بحافتها الغير المنظمة المتعرجة وبقاعها السنجابي المغطى بقيح اسقورى وسيرها التشا فى او الشاقب واذا اصابت فتحة بوق استاكيوس توجب تألم الأذن بحدة وأما اذا كانت القرحة ثاقبة فتتميز بصغر جمها وقطع حافاتها قطعا عاموديا وانتفاخ الاجزاء الرخوة حولها انتفاخا او زيما ويكون الثقب الذى يعقبها مستديرا أو بيضاويا ولا تتعدى الاجزاء الرخوة عادة وأما تقرحات البلعوم فتتميز بكونها سطحية عادة وغير مائلة للغور وسيرها بطئ وقاعها متقيح أو جاف ومغطى بقشور

والتقرحات الثلاثية غير مؤلمة تألما ذاتيا وانما توجب تألم الازدراد وصعوبة وخنة الصوت واضطرابا بالسمع وتألم الاذن ولا تصحبها حمى ولا اعراض عامة ولا تتسبب عنها احتقان فى العقد ولا تتغير أوصافها فى الزهرى المكتسب والوراثى

وأما الارتشاح الزهرى الثلاثى فينشأ عنه فى الابتداء انتفاخ الاجزاء المصابة وضخامتها ثم تحدث رقة هذه الاجزاء وضمورها أو انكماشها فتنشأ من ذلك تشوهات عديدة وبالبحث الميكروسكوبى عن الاجزاء المتغيرة توجد مرتشحة بخلايا جنينية تنتهى بالاستحالة الشحمية والليفية ويشغل الارتشاح الغشاء المخاطى فى جميع سمكه ويمتد الى الطبقة العضلية تحته والأوعية الشعرية ويوجب فساد منسوجها وزوال عناصره ولا يصحب الارتشاح الزهرى الم ذاتى ولا اختلاف فى العقد اللنفاوية وتختلف أوصافه وعواقبه باختلاف مجلسه

ويصيب الارتشاح الزهرى اللسان غالبا فأما ان يقتصر على غشائه المخاطى فيصير أملس محمرا أو مبيضا متيبسا بحيث لا يمكن ثنيه بالاصابع ضعيف الحس أو فاقده واما ان يكون الارتشاح غائرا فى النسيج العضلى فيصير اللسان ضخما وسطحه متشققا بحيث يغور الشق المتوسط بقدر ٢ سنتيمتر ولكنه لا يتقرح ثم يضمر اللسان ويتيبس كالمعقوى أو الخشبة ويتشوه وتتعطل

وتتعطل وظائفه في التكلم والمضغ والازدراد ولا يلتبس الارتشاح السطحي بالآفات الشبيهة به الناشئة من الدباغيات أو من شرب الدخان

وإذا كان مجلس الارتشاح الزهري اللهاة وقوائمها والغلصمة واللوزتان تحصل فيها ضخامة مفرطة ثم تضمر وتيبس وتنكمش وتتشوه ويصير سطحها جليا أو متشققا ويضيق الحلق ويصعب الازدراد

وإذا أصاب الارتشاح الشفتين ينتفخان باستواء ثم يضمران ويرقان ويضيق الفم ويتشوه وإذا امتد الارتشاح إلى الخدين واللثة وقاع الفم يصير التكلم والمضغ والازدراد متعسرا

وأما الأورام الصمغية فإنها تتقرح عادة وتغور وتثقب الأجزاء الرخوة وقد تصير ثعبانية ولكن سيرها الثعباني أبطأ وأخف عاقبة من التقرحات الثألولية وتصحب الزهري الوراثي والمكتسب ولا يصحبها ألم ذاتي ولا احتقان في العقد الثفاوية وتتنوع أوصافها قليلا بتنوع مجلسها وتصيب البلعوم غالبا ولا تتعب المريض قبل تقرحها ومتى تقرحت يصعب الازدراد وتكون قروحها مستديرة منتظمة مقطوعة قطعا عاموديا وقاعها مصفر أبيض ولا تكون مائلة للغور وتقعبها أثرة التحام مبيضة غائرة وقد ينشأ عنها التحام اللهاة بقاع البلعوم فيفقد التنفس بالأنف ويفقد الشم والذوق والأورام الصمغية للسان تشغل قاعدته أو تكون غائرة في عضلاته ويختلف حجمها من قدر الحمصة إلى البندقة أو الجوزة ومتى تقرحت تصير قروحها غير منتظمة وعليها أزرار لحمية وربما التبست بالسرطان وتنتهي بالالتحام وأما الأورام الصمغية للشفتين فإنها بالأكثر تصيب الشفة العليا وتتقرح وتلتحم قروحها غالبا ولكنها عرضة للنكسات

وقد تلتبس الأورام الصمغية المتقرحة بداء الذئب أو التقرحات الدرنية أما داء الذئب فإنه نادر جدا في الحلق ويسبقه على الدوام تقريبا ظهوره في الجلد خصوصا في الوجه ويظهر ابتداء على هيئة حلمات ثومية تتقرح ببطء

جدا بحيث تحتاج الى مدة أشهر أو سنين وقروحها قليلة الغور ومغطاة بإزوار لحمية وحافاتها قليلة الوضوح ضائعة بالتدريج وتكون الاجزاء الرخوة حولها مصابة بالارتشاح على بعد مختلف بخلاف الأورام الصمغية فإنها تكون مستديرة محدودة سيرها سريع وقروحها غائرة القاع مغطاة بلب سنجابى وحافاتها منتظمة مقطوعة قطعا عموديا والاجزاء الرخوة حولها غير مصابة بالارتشاح وتكون مصحوبة بآفات زهرية اخرى وبالجملة فالبحث الميكروسكوبى يعين التشخيص باستكشاف الباسيل الدرنى

وأما التقرحات الدرنية للحلق فإنها لا تكون منفردة بل يصحبها على الدوام تقريبا درن رئوى أو معوى وتتميز عن التقرحات الصمغية بقلة الاتساع والغور وعدم انتظام حافاتها ولا نشاهد فى قاعها الطبقة اللبية الرخوة الخاصة بالتقرحات الصمغية والتقرحات الدرنية محاطة بعقد صغيرة درنية واضحة ويصحبها انتفاخ فى العقد المتفاوتة تحت الفك وفى عقد الوجه المقدم من العنق وطول فى العضلية الترقوية الحلمية وتنشأ عنها آلام ذاتية شديدة تصير حادة عند الازدراد حتى أن المريض يمتنع عن الشرب خوفا من ذلك وهذه الاعراض لا نشاهد فى التقرحات الصمغية ثم أنه يمكن كحت أو كشط قاع القرحة والبحث عنه بالميكروسكوب واستكشاف الباسيل الدرنى يعين التشخيص

(المعالجة) اذا كان المريض مصابا بقرحة زهرية فى الفم أو الحلق يلزم الشروع فى المعالجة العامة الزيبقية فورا وتكوى القرحة بحجر جهنم بلطف ويداوم على المعالجة العامة بعد التحام القرحة مدة ويمنع من شرب الدخان والمشروبات الروحية والبهارات ويتدارك التلعب بالاعتناء فى نظافة الفم واستعمال كلورات البوتاسا جرعة وغرغرة

وتعالج ظواهر الزهرى الثانوى والثلاثى بالمركبات الزيبقية ويودور البوتاسيوم بمقدار كاف بحيث يمكن استعمال ٢ الى ٥ جرامات من المرهم الزيبقى

الزيبق دلكا واعطاء يودور البوتاسيوم بمقدار ٦ الى ١٨ جراما فى اليوم ضد الآفات الخطرة لمس الاجزاء المريضة بالمحلول الآتى (١٠٠ جزء من الماء و ٥ و ٥ من كل من يودور البوتاسيوم وصبغة اليود) ويساعد على التحام التقرحات بمسها بحجر جهنم

انما تلزم المبادرة فى المعالجة القوية لأجل تدارك انتهاك الاجزاء الرخوة وتثقبها ويلزم فعل المعالجة الزهرية فى احوال الشبهة الزهرية لأجل عدم ضياع الوقت فى انتظار تحقيق التشخيص ويتيسر ايقاف الداء قبل ظهور عواقبه التى لا يمكن مداواتها فيما بعد

(ثامنا فى درن الفم والحلق)

درن الفم والحلق يشاهد بالأكثر فى اللسان والبلعوم والحلق وتتسبب عنه تقرحات مختلفة ويبتدئ التدرن بظهور نقط مصفرة قطرها نحو ربع أو نصف ميلليمتر تسقط البشرة فى حذائها وتكون قروح صغيرة حافاتها مقطوعة قطعا عاموديا لكنها غير منتظمة وموشحة بحبيبات دخنية مصفرة وقاعها مغطى بمادة مخاطية قيحية سنجابية يسهل تنظيفها ويظهر تحتها سطح سنجابى مصفر غير مستو بسبب وجود الحبيبات الدرنية الدخنية فيه وهذه الحبيبات تتجبن وتلين وتكون خراجات دخنية تساعد على اتساع القرحة فى السطح والعمق وبالبحث عنها بالميكروسكوب توجد الاجزاء الرخوة حول القرحة مرتشحة بخلايا جنينية ونسيج جنينى شبيه بنسيج الأزرار اللحمية ومحتوية على الحبيبات الدرنية الأصلية الميكروسكوبية المتكونة من الخلايا الهولية والخلايا الجنينية والباسيل الدرنى

وتقرحات اللسان الدرنية تشاهد بالأكثر فى طرفه وسطحيه العلوى والسفلى وتكون فى العادة وحيدة ابتداء وتتسع وتغور وتصير غير منتظمة لكن سيرها بطيء ويصحبه غالبا السل الرئوى المزمن وتكون مؤلمة الما

ذاتيا يزداد بملامسة الاطعمة والمشروبات وفى مدة المضغ والازدراد ولا تلتبس بالقرحة الزهرية أو السرطانية لأن القرحة الزهرية ليست موسخة القاع والحافة بجبيبات دخنية مصفرة بل ان قاعها متيبس وليست مؤلمة بذاتها ولا بالضغط ويصحبها انتفاخ عقدى غير مؤلم وسطح القروح السرطانية يكون مزاوزادحلمية نامية جدا سهلة الادماء تفرز مادة مائعة منتنة وحافتها بارزة ومنقلبة الى الخارج ويحس المريض فيها بألم ناخس ذاتى ويصحبها انتفاخ عقدى مؤلم ولكنه يظهر متأخرا

وأما التقرحات الدرنية فى الشفة واللثة والخد وسقف الحنك فانها نادرة وتشبه تقرحات اللسان وتكون مؤلمة جدا خصوصا مدة المضغ والازدراد وأما تقرحات الحلق الدرنية فيكون مجلسها فى اللهاة واللوزتين والبلعوم وهى اما ان تكون مزمنة ومرافقة للسل الرئوى المزمن فتشبه تقرحات اللسان واما ان يكون التدرن حادا كما يشاهد عادة فى سير السل الرئوى الحاد فيتصف بظهور تقرحات عديدة منتشرة على هيئة نقط دخنية مصفرة مؤلمة جدا تختلط ببعضها وتكون قروحا عريضة غير منتظمة قاعها وحافاتها موسخان بجبيبات درنية دخنية مصفرة ينشأ عن امتداد ها انتهاك الاجزاء الرخوة وتمزق اللهاة وانخفاض اللوزة وتكون عديدة فى سطح البلعوم ولكنها تستمر سطحية دائما بالتقريب وسير هذه التقرحات سريع وتشتد آلامها بدرجة لاتطاق مدة الازدراد حتى ان المريض يراجع الجوع والحرمان عن الأكل والشرب خيفة الألم ولا يزدرد لعابه وهذا مايوجب التلعب عنه وقد يمتد الألم الى الأذن والانتفاخ العقدى الذى يصحبها يميل الى التقيح وتدرن الفم والحلق يضاعف عادة السل الرئوى ويصحبه درن الحنجرة والامعاء ومتى تقدم الدرن الى هذه الدرجة يموت المريض بالسل فى مسافة شهرين الى ٤ فى الشكل الحاد وفى مسافة ٦ الى ٩ أشهر فى الشكل المزمن

(المعالجة)

٠ (المعالجة) ليس للمعالجة نتيجة في الشكل الحاد، أما في الشكل المزمن فيمكن التحام القروح بالمداواة لاسيما قروح اللسان التي تمس بصبغة اليود وجليسرين يت اليودوفورم أو تكوى بالترموكوتير وعلى كل حال يمكن تلطيف الألم بمس الاجزاء المصابة بمحلول الكوكايين أو المورفين

(تاسعا في الآفات الخنازيرية للفم والحلق)

الآفات الخنازيرية تكون في الفم والحلق على شكلين بسيط وخبيث فالشكل البسيط يشمل النوازل والذبحات النزلية والجيبية وضخامة اللوزتين ونحوها والشكل الخبيث يشمل التقرحات والانتهاك والثقب وآثار الالتحام المشوهة التي تعقبها

واهم التقرحات الخبيثة هو التقرحات الذئبية وهي نادرة جدا في الحلق وتشاهد عادة بين سن ١٥ و ٢٥ بعد ظهور الآفات الذئبية في الوجه والأنف في سن الطفولية وسير التقرحات الذئبية للحلق بطيء جدا ولا يصحبه تألم أو يحصل به احساس خفيف جدا مدة الازدراد

ويحصل ايضا خلاف التقرحات الذئبية التقرحات التي تعقب الذبحات التقرحية والبثرية الخنازيرية

وتبتدئ التقرحات بتلون الغشاء المخاطي بلون بنفسجي ثم يظهر على سطحه ارتفاع مصفر يتقرح وتمتد القرحة في العرض والعمق خصوصا في اللهاة والغلصمة واللوزتين ولا تصيب العظام عادة ولا تمتد الى الحنجرة الا في بعض احوال استثنائية وتكون حافة القرحة الخنازيرية متمزقة غير منتظمة رخوة وازيماوية بارزة قليلا أو مسترخية وقاعها مستحال المود ويعقب التحامها آثار التحام مبيضة منكمشة وهذه القروح وان كانت غير مؤلمة الا أنه تتسبب عن امتدادها صعوبة الازدراد وخنة الصوت والصمم وتعقبها آثار التحام معيبة مشوهة

ولا يصحب التقرحات الخنازيرية انتفاخ في العقد تحت الفك

وتتميز التقرحات الخنازيرية عن التقرحات الزهرية والدرنية والسرطانية فالتقرحات الزهرية سيرها اسرع وألمها أشد وحافاتها مقطوعة قطعا عموديا وأثر التحامها أقل بياضا وأكثر انتظاما من التقرحات الخنازيرية ويصحبها انتفاخ العقد اللنفاوية بخلاف التقرحات الخنازيرية فإنها بطيئة السير جدا خالية من التألم وحافاتها غير منتظمة اوزيغاوية أو معراة وأثر التحامها مشوهة متكرشة ولا يصحبها انتفاخ العقد اللنفاوية وأما التقرحات الدرنية فإنها وان كانت طبيعتها باسيلية كالتقرحات الخنازيرية الا ان أوصافها مغايرة كما سبق بيانه وأما التقرحات السرطانية فإن ازرارها اللحمية السهلة الادماء وحافاتها المنقلبة الى الخارج والمادة الايقورية المنتنة السائلة منها كفاية فى تمييزها وليس من النادر تحول التقرحات الذئبية الى حالة سرطانية

(المعالجة) تكون المعالجة اما موضعية أو عامة فالمعالجة الموضعية تشمل مس الاجزاء المصابة بصبغة اليود أو بالجليسرين اليودوفورمى والرفادات والابخرة والدرش الموضعى بالمياه الكبريتية والزرنيخية (ماء الليڤار واورياج) والمعالجة العامة تنحصر فى المقويات والأدوية المرة وزيت السمك

(الفصل الرابع فى امراض المرئ)

(أولا فى التهاب المرئ)

المرئ أقل عرضة لدواعى الالتهابات النزلية الخفيفة بالنظر لسماكة طبقته البشرية وقلة وعائيته وافرازاته بالنسبة للاغشية المخاطية المجاورة له ولا يتأثر الا من المهيجات القوية وهو يكون اما حادا أو مزمنا ذاتيا أو تابعيا

(الاسباب) الالتهاب الذاتى للمرئ يتسبب عن الجروح وازدراد السوائل المهيجة أو الكاوية كالحوامض والقلويات المركزة والطرطير المقئ أو

من

من ازدراد الاجسام الغريبة كالشظايا العظمية وشوك السمك والدبابيس
وأما الالتهاب التابعى فانه يصحب آفات الحلق كالقلاع والدفتيريا والزهرى
وأورام الجهاد المنصف والحميات كالجدرى والحمى التيفودية وآفات صمامات
القلب التى تصحبها اعاقة الدورة الوريدية وركود الدم فى الاوردة يوجب
احتقانه بدرجة مختلفة
(التشريح المرضى) تنشأ هذه الالتهابات بالأكثر فى الجزء العلوى من المرئ
ويتصف الالتهاب الحاد باحمرار الغشاء المخاطى واحتقان اوعيته الشعرية
وانتفاخه بالنضح الالتهابى وتسلخه أو تقرحه أو انثقابه أو تكون خراج
فى النسيج الخلوى تحته ويكون فى النادر محدودا وأما فى الغالب فيحيط
ذلك الخراج بالمرئ وأما تغنغر المرئ فانه يشاهد عادة عقب ازدراد السوائل
الكاوية
ويتصف الالتهاب المزمن بسماكة الغشاء المخاطى وتكون حبيبات حلمية
على سطحه وتقرحه وقد تتعلق قروح المرئ بالزهرى والاورام الصممية خصوصا
وقد تشاهد بالمرئ بقرب الفؤاد قرحة بسيطة شبيهة بقرحة المعدة
البسيطة التى سنشرحها قريبا ويعقب التحام هذه القروح على العموم ضيق
المرئ وتشوهاته المختلفة
(الاعراض والانتهاء) يصحب الالتهاب الحاد حركة حمية وآلام موضعية
يحس بها بين اللوحين وخلف القص وفى القسم الشراسيفى وتزداد
عند الازدراد لاسيما فى السوائل الحارة أو الباردة جدا ويصحب
الآلام تشنج المرئ واحتراز للجواهر التى صار ازدرادها واذا كان
السبب جرحيا أو ازدراد الاجسام الغريبة كالشظايا العظمية ربما
يحصل نزيف غزير أو خفيف ويخرج الدم عادة بعد وصوله الى المعدة
بالقئ أو التغوط واذا كان السبب جواهر كاوية يصاب المرئ
بالغنغرينا فى امتداد مختلف أو ينثقب ويهلك المريض أو يبرأ ويتخلف

عنها ضيق المرئ واذا تكون خراج تصحبه قشعريرة متكررة وحركة حمية
شديدة وزيادة فى الألم و تشنج فى المرئ وينفتح الخراج فى باطن المرئ
أو فى الاعضاء المجاورة ويعقب ذلك عوارض خطرة جدا
ويعقب الآفات الالتهابية للمرئ ضيق قطرى أو تمدده
(ضيق المرئ) ضيق المرئ يعقب الغام الجروح والتقرحات أو ينشأ من
الأورام الذاتية كالسرطان أو من ضغط الأورام المجاورة فى الحجاب المنصف
او الفقرات أو التامور وقد يحدث من تشوه خلقى يتصف بخروج الشريان
السباتى الايمن من قوس الأورطى تحت الشريان الترقوى واتجاهه الى
الجهة اليمنى مارا بين القصبة والمرئ او بين المرئ والعامود الفقرى
ولكن قال هيرتل تأتى الدورة فى هذا الاستعداد بالاكثر من ضغط
المرئ على السباتى ولا تؤثر الشريانى على المرئ الا اذا كان مصابا بالانوريزما
وتختلف درجة ضيق المرئ وقد تصل الى الانسداد التام ويتسبب عنه عسر
ازدراد البلعة الغذائية او السوائل أو تعذره بالكلية ومتى استمر
الضيق أوجب تمدد المرئ اعلى منه
(تمدد المرئ) انما يحدث تمدد المرئ غالبا من تجمع المواد الغذائية فيه بسبب وجود
ضيق يمنع مرورها منه ويحصل التمدد فى جميع طبقات المرئ باستواء أو
يتمدد الغشاء المخاطى وحده ويبرز بين الالياف العضلية على هيئة
فتق أو يتكون جيب فى احد جوانب المرئ
وينشأ من تمدد المرئ تجمع المواد الغذائية ومكثها فيه من يوم الى ثلاثة
ايام ويوجب الاحساس بضيق الصدر و بجسم غريب فيه ثم تخرج المواد
الغذائية من الفم بحركة شبيهة بالاجترار ولكنها تختلف عن الاجترار
المعدى بقلة تنوع المواد من تأثير اللعاب أو التعفن
(التشخيص) يستدل هنا على التشخيص من الاستعلام عن سوابق المريض
كازدراد الأجسام الغريبة أو السوائل الكاوية وبالبحث عن الاسباب
المرضية

المرضية التي سبق ذكرها وتتميز الآفات الالتهابية البسيطة عن سرطان المرئ بأوصاف سنذكرها قريبا

(المعالجة) يعالج التهاب المرئ بمضادات الالتهاب كارسال العلق في حذاء النقط المؤلمة واعطاء المشروبات المغروية و الملينات والمسهلات الخفيفة وحقن المورفين لتسكين الآلام واعطاء يودور البوتاسيوم والمركبات الزيبقية ضد الآفات الزهرية ويعالج الضيق الندبي بالتمدد التدريجي بالقناطير الزيتونية أو بالطرق الجراحية عند الاقتضاء

(ثانيا في سرطان المرئ)

انواع السرطان التي تصيب المرئ هي بالاكثر السرطان البشري والنخاعي والاكسيري ومجلسها غالبا في الثلث المتوسط من المرئ أو بقرب البوابة ولا تصيب الثلث العلوي الا نادرا وسرطان المرئ يكون في العادة وحيدا ويكون سيره بطيئا ويصيب الكهول من الرجال اكثر من النساء

وسرطان المرئ إما ان يكون على هيئة ورم بارز في تجويف المرئ او على هيئة لخ أو قروح حلقية أو نصف حلقية أو بشكل حلقة غضروفية محيطة بالمرئ في مسافة ٢٠٠ الى ٨٠٠ سنتيمترو ويتسبب من سرطان المرئ ضيق في قطره ويكون ذلك الضيق معوجا عادة غير منتظم ولا يكون انبوبيا منتظما الا في احوال استثنائية ويعلو الضيق تمدد في المرئ إما على هيئة قمع أو جيب

وقد يكون سطح الغشاء المخاطي في حذاء السرطان طبيعيا حافظا للبشرة كما يشاهد في ابتداء الاكسير وفي العادة يكون الغشاء المخاطي متقرحا ومغطى بأزرار لحمية نامية سهلة الادماء

ويؤثر سرطان المرئ على الاعضاء المجاورة كالقصبة الهوائية والشعب والرئة والبليورا والأورطي والمعقد اللنفاوية والفقرات ويتسبب عنه التهابات والتحامات وتقرحات وتثقبات توصل هذه الاعضاء بتجويف

المرئ

(الأعراض) اعراض سرطان المرئ الابتدائية هي الألم وعسر الازدراد أما الألم فليس له ثبات واذا وجد يحس به خلف القص أو بين اللوحين ويزداد مدة الازدراد وأما عسر الازدراد فهو العرض الأهم للسرطان بسبب ضيق المرئ وعدم تمدده فيلتزم المريض بتصغير البلعة الغذائية ومضغها باعتناء ويستعين على مرورها بشرب السوائل عليها ويستمر على ذلك مدة بضع اسابيع أو اشهر مع الزيادة في صعوبة الازدراد وفترات تحسين متوالية وينتهي الحال مع تقدم المرض بعدم امكان ازدراد المواد الرخوة ولا نفس السوائل بل تقف فوق الضيق ثم تخرج من الفم بحركة شبيه الاجترار

وقد يصحب عسر الازدراد المعتاد عند المريض نوب تشنج مرئي تمنع الازدراد بالكلية مدة ايام ثم تنصرف ويعود المريض الى حالته الأولى

وفي احوال اخرى يشاهد التجشي ويسمع صوت قهقهة القلل بسبب مرور غازات المعدة في وسط السائل حالا وجها نحو الفم أو يحصل اضطراب في الصوت والتنفس عقب اصابة العصب الراجع

وعند المتقدمين في السن يكون السرطان المرئي في العادة كامنا فلا يصحبه تألم ولا عسر واضح في الازدراد ولا اجترار وانما يصحبه في الغالب انتفاخ العقد اللمفاوية تحت الترقوة وتتسبب عنه الكاشكسيا السرطانية

(السير والانتهاء) كلما تقدم السرطان وازداد ضيق المرئ تعسر تغذية المريض وتسرع ظواهر الكاشيكسيا وتنضم اعراضها الى اعراض الجوع والحرمان فيرى المريض نحيلا منهوكا وعليه علامات المشقة والجوع والعطش بحيث تغور عيناه وخداه وصدغاه وتتقعر بطنه بحيث يمكن الوصول الى العامود الفقري والقبض على احشاء البطنية بسهولة ويتركز بوله ويندر ويصير كريه الرائحة ويحصل عنده امساك مستمر ويصير جلده جافا خشنا باهتا مصفرا وتنحط قواه جدا وقد يحصل الموت من تقدم الكاشيكسيا بل يتعجل

له بالمضاعفات المختلفة كضغط القصبة الهوائية والشعب وانثقابها الذى يعقبه نفوذ المواد الغذائية فيها وحصول سعال تشنجى ونوب اختناق وكذا اصابة البليورا والرئة والتامور والفقرات تعقبها اعراض خطرة واصابة الأورطى ربما توجب الموت الفجائى بالنزيف

وهذا المرض تمتد غالبا من بعض اشهر الى سنتين

(التشخيص) متى شوهد شخص فات سن الكهولية يشتكى بعسر الازدراد والاحساس بوقوف البلعة الغذائية فى نقطة ما بطول المرئ وحصول الاجترار زمنا فزمنا ولم يصحب ذلك اعراض صدرية أخرى وكانت النحافة والنهوكة متقدمتين يكون الميل الى أنه مصاب بسرطان المرئ وسن المريض وسوابقه تساعدنا على تمييز الضيق السرطانى من الضيق الالتهابى البسيط من تعاطى السوائل الكاوية أو نفوذ الأجسام الغريبة فى المرئ مثلا وضيق القرحة البسيطة تصحبه فى الغالب آلام عصبية شديدة منتشرة ونزيف دموى غزير والضيق الزهرى تصحبه اعراض زهرية فى الأعضاء الأخرى من الجسم ولا يصحب هذه الآفات انتفاخ العقد اللنفاوية تحت الترقوة وظهور الاوزيما البيضا المؤلمة فى جهة من الجسم يدل على الكاشكسيا السرطانية وأما الضيق التشنجى فظهوره وانصرافه الفجائى وبنية المريض العصبية أو اصابته بالاستيريا وعدم وجود الكاشيكسيا يستدل منها على التشخيص

(المعالجة) الذى يهتم به الطبيب فى سرطان المرئ هو معالجة الضيق الناشئ عنه لأجل تأخير اعراض الجوع والحرمان ما امكن ويتوصل الى ذلك باستعمال المجس المرئى الذى يراد به توسيع الضيق وتغذية المريض فى آن واحد

واستعمال المجس المرئى يحتاج الى اعتناء زائد فاذا لم يوجد تقرح فى المرئ يمكن ادخال المجس وتوسيع الضيق بدون خطر ولكن وجود السرطان

يتسبب عنه غالبا تقرحات فى المرئ وهشاشة فى قوام جدره واعوجاج فى قطره بحيث يمكن نفوذ المجس فى طريق عارضى أو تمزق جدر المرئ او الأعضاء المجاورة وتحصل عوارض خطرة جدا كتمزق الأورطى أو التامور او البليورا وفى العادة يستعمل المجس ذو الزر ويكون مرنا أو متوترا على حسب الاقتضا ويلزم تكرار وضعه باحتراس وتركه فى محله بعض ساعات وتغذية المريض بعد اخراجه أو اذا كان مجوفا حقن الاغذية السائلة فى تجويفه لأجل ايصالها الى المعدة

وحيث ان ادخال المجس المرئى لا يخلو عن خطر فقد رجح بعضهم استعمال المجس الثابت على طريقة المعلم كريسابر فيستعمل مجس مرن يدخل من الأنف ويترك فى محله على الدوام وقد توصل كريسابر الى تغذية المرضى به مدة من شهر الى ٩ اشهر

واذا انسد المرئ بالكلية يمكن تغذية المريض بالحقن المغذية المحتوية على الاغذية البپتونية المجردة من الملح والكؤول كالبيض النيء والمرق البقرى واللبن البنكرياتى وحيث ان التغذية بالمستقيم لا تغنى عن التغذية المعدية وينتهى المستقيم بالتعب وطرد المواد بسرعة فعلى رأى بعضهم يلتجئ الطبيب الى العمليات الجراحية لأجل استطالة حياة المريض كفعل ناسور معدى تركب عليه انبوبة معدية لأجل حقن الاغذية السائلة منه داخل المعدة

(ثالثا فى تشنج المرئ العصبى)

تشنج المرئ المعبر عنه بالعسر التشنجى مرض مهم فى داء الكلب وغير ذلك يشاهد بالأكثر عند النساء الشابات المصابات بالاستيريا وعند عصبى المزاج والماليخوليين أو يكون تابعا لآفات المرئ كسرطانه والتهابه

ويتصف تشنج المرئ بظهوره الفجائى بدون سبب عند رؤية الأطعمة أو عند ازدرادها فى أول لقمة أو عند حصول انفعال نفسانى وقت الأكل فيتزور الشخص وتحتبس المواد الغذائية فى المرئ وترجع الى الفم بحركة اجترارية

احترازية وقد يتيسر للشخص ازدراد القنافيت التي يستعين عليها بشرب السوائل فوقها واجراء الابتلاع ببطئ شديد واحتراس زائد ويصحب التشنج المريئي احساس بانقباض في أجزاء العلوية من الصدر غالباً ولا يمكن ادخال المجس المريئي الا بعسر مؤلم أو لا يمكن ادخاله مطلقا ولكن لا يحصل من المجس ادماء كالمشاهد في الضيق السرطاني

واذا كان تشنج المرئ وقتيا لا تتسبب عنه اعراض عامة فاذا استمر مدة أوجب النحول والانيميا ويزيد الاستعداد للدرن الرئوي وأما اذا كان متعلقا بالكلب فالانذار خطر

ويعالج التشنج المريئي بالجس بمجس ذي طرف زيتوني وتعطى مضادات التشنج والمسكنات كالمواليريانات والبلادونا وبرومور البوتاسيوم أو بحقن المورفين ويستعمل التيار الكهربائي المستمر بوضع القطب الزجاجي في المرئ والآخر على العامود الفقري في العنق ويستعمل الغسل والدوش بالماء البارد ويعتنى في تغذية المرئ بالمجس المريئي وبالحقن المستقيمية

(الفصل الخامس في امراض المعدة)

يتم الهضم في حالة الصحة بدون استشعار الشخص بمعدته واذا استشعر بها يعلم انه بها حالة مرضية وأمراض المعدة تشمل التهاباتها وقروحها وآلامها العصبية ونزيفها وتمددها وأورامها الخبيثة وقبل شرح هذه الامراض نذكر الاعراض العامة لآفات المعدة كاضطراب الشهية والتجشي والقيئ والسعال المعدي والفواق والخفقان ونحوها

(المبحث الأول في الأعراض العامة لآفات المعدة)

(أولا اضطراب الشهية)

فقد الشهية يصحب آفات المعدة وأغلب الأمراض خصوصا الأمراض الحمية التي توجب نقص العصير المعدي أو فقده بحيث لو تعاطى المريض طعاما يبقى في معدته ٢٤ أو ٤٨ ساعة بدون هضم ولذلك لا يرخص لذوي الأمراض الحمية عادة

بتناول الأطعمة وأما السوائل والاغذية السائلة فيمكن تعاطيها بمقدار قليل متكرر لأنها لاتزال تمتص في المعدة

وضعف الشهية أو فقدها يصحب النوازل المعدية والانيميا والكاشيكسيات فاذا كان السبب ضعيفا صرفا تستعمل الأدوية المرة والمنبهة والمياه المعدنية الحمضية والجوز المقيئ والجنصيانا والراوند ونحو ذلك لأجل تحسينها وأما اذا كان بالمعدة حالة نزلية يلزم الابتداء بمعالجتها بما يليق

وأما افراط الشهية المعبر عنه بالبوليميا فأنه قد يصحب الآلام العصبية للمعدة ويشاهد في امراض الأمعاء كالديدان وانتفاخ عقدها النفاوية وفي الديابيطس السكري ويتصف بالجوع المؤلم بحيث يشرع المريض في الأكل حتى يملأ المعدة بافراط ويعقب هذا الافراط احساس بثقل في المعدة ودوخان ولايستمر الشبع الامدة يسيرة ويعقبه الاستشعار بالجوع بسرعة ولذلك يحترس المريض على بعض الحلويات والنقل في جيبه كالشوكولاتا والملبس ليتعاطى منها شيئا فشيئا حتى يلتزم بوضع شيء من ذلك تحت وسادة النوم أو قريبا من الفراش ليتعاطاها عندما يشعر بألم الجوع ليلا

وفساد الشهية المعبر عنه بالبيكا الموصوف بأكل المواد الغير المغذية أو القذرة ليشاهد كالطين الابليز والطباشير والجير ونحو ذلك ويشاهد في الحوامل ويقال له الوحم ويشاهد في الاستيريا والجنون

(ثانيا التجشي)

يصحب غالبا فساد الهضم للمعدة وهو اما ان يكون غازيا أو سائلا فالتجشي الغازي ويقال له التكريع فينشأ من خروج الغازات من المعدة وحدها أو مصحوبة ببعض اجزاء من الطعام تصل الى الفم ولكن في العادة تزدردها الشخص ثانيا بوقته وقد يحصل التجشي بعد كل طعام ويصحبه رجوع الطعام الى الفم بحيث يعيد الشخص مضغه ثانيا وهذا هو المعبر عنه بالتجشي الاجتراري وقد تخرج الغازات محملة بمقدار صغير من سوائل حمضية يحس بها في الحلق

والمسان

واللسان احيانا جرقان خفيف

وأما التجشي السائل فانه يصحب فساد الهضم اويكون متعلقا بحالة نزلية أو يكون ذاتيا عند بعض النساء والشبان ويحصل في الصباح غالبا ويصحبه تألم في القسم الشراسيفي ثم يخرج السائل من المعدة ويصل الى الفم بمقدار وافر ويكون حمضيا محرقا (پيروزيس) اويكون تفها لاطعم له ويكون خروج السائل بحركة التجشي بدون قيئ ومتى انتهى يحس المريض بالاستراحة وزوال التعب الشراسيفي وقد يصل مقدار السائل الخارج بالتجشي من بعض أواق الى نصف ليتر أو ليتر في اليوم ويكون السائل رائقا أو رغويا وينشأ السائل الحمضي من العصير المعدي وأما السائل التفه فيكون معتدلا أو قلويا أو حمضيا خفيفا ولا ينشأ من العصير المعدي ولا من الافرازات المخاطية واختلفت الآراء في تعيين منشئه والبعض ينسبه الى ماء الشرب ولكن لا يمكن تطبيقه على كل الأحوال والبعض الآخر ينسبه الى زيادة افراز اللعاب وتجمعه في المرئ فوق فتحة الفؤاد ثم خروجه على حالته القلوية ويمكن استكشاف كبريتوسيانور البوتاسيوم فيه (فريركس) واثبات قوة الدياستازية في اللعوبات (روبرتس) أو يصل اللعاب الغزير الى المعدة ويخرج منها ممتزجا بالعصير المعدي بدرجة خفيفة ولذلك يشاهد فيه حينئذ مفعول البپسين على المواد الآزوتية

ويعالج التجشي الغازي والحمضي بالبزموت وحده أو مصحوبا بالافيون والأدوية المرة أو القابضة كالكينو والجنطيانا ويعطى محلول حمض السيانور ايدريك انطبي

(ثالثا القيئ)

القيئ عرض يشاهد في امراض المعدة المختلفة كسوء الهضم والالتهاب والأورام المعدية وقد يحصل في بعض الأمراض العصبية كالاستيريا والضعف العصبي أو يكون سمباتويا كالنظر الى احد يتقايا أو سماع النقل عنه أو من

القرف ويشاهد القيئ ايضا فى بعض امراض المخ والنخاع كالارتجاج المخى وخراجاته والاحتقان والانيميا وفى هذه الحالة يكون القيئ غالبا عند حركات الرأس وعند انخفاضها أو ارتفاعها الفجائى وفى الجلوس أكثر من الرقاد والسكليروز النخاع الجزائى والتابس وحركات المرجيحة تحدث القيئ عند البعض وكذلك ركوب السفن وبعض الآفات الحشوية توجب القيئ كالتهاب الغشاء المخاطى للانف والشعب التى يصحبها سعال شديد وامراض القلب والامعاء والكبد والكلاو والبريتون واعضاء التناسل خصوصا عند النساء والحوامل

ودغدغة قاعدة اللسان واللهاة والبلعوم توجب القيئ غالبا وقد يستدل بالقيئ على ابتداء الدرن الرئوى قبل ظهور علاماته الطبيعيه وعلى داء اديسون والعلوق عند المرأة ولكن فى هذه الحالة الاخيرة لا يستمر القيئ عادة الا بعض اسابيع

وقد يتعلق القيئ بالتسمم كما يشاهد فى اليرقان والتسمم البولى والمقيئات على العموم والمورفين والافيون قد يحدثان القيئ ايضا

ويشاهد القيئ فى جميع الاعمار على حسب تنوع الأسباب ويشاهد بالاكثر ذاتيا عند الشباب وقت البلوغ ويشاهد عند النساء اكثر من الرجال بسبب استعداد هن العصبى واضطراب الجهاز التناسلى عندهن

ويسبق القيئ فى الغالب احساس مخصوص يعبر عنه بالغثيان أو حصول سخينة ودوخان وبرودة فى الجلد وبهاتة فى الوجه والشفتين وضعف فى النبض وتتفرغ المعدة إما بصعوبة أو يحصل القيئ بسهولة بدون سوابق ولا تعب وهو المشاهد كثيرا فى بعض الأحوال العصبية أو فى النزلة المعدية الكؤلية ويكون ذلك عادة فى الصباح على الريق

وتختلف مواد القيئ فتكون إما غذائية او سائلة حمضية أو صفراوية أو دموية أو تفهة الرائحة أو كريهة ويصحب القيئ عادة امساك شديد واضطراب فى التغذية العامة متى تفرغت المعدة من جميع متحصلاتها على الدوام وأما اذا تكرر القيئ

القيء بطريقة غير تامة بأن لا تستفرغ جميع المعدة فان الشخص ربما يستمر مدة متمتعا بظواهر الصحة

ومتى اصطحب القيء بالاسهال يعلن باضطراب المعدة والامعاء معا عقب تأثير البرد أو سوء الهضم مثلا وقد يستدل منه على وجود داء برايت أو على حصول التسمم الحاد والمزمن بالجواهر المهيجة كالزرنيخ والانتيمون

ويعالج القيء العصبي اما بمنع الغذاء والشرب جميعا مدة أيام الى اسبوعين وتغذية المريض بالحقن المستقيمية أو لا يصرح للمريض الا بملعقة صغيرة في المرة من اللبن أو المرق ثم يضاعف له المقدار باحتراس وبطء على حسب النتيجة ويعتنى بعد ذلك في انتخاب الاغذية الجيدة السهلة الهضم حتى بعد شفاء المريض بمدة

وقد تفيد الحراريق الطيارة أو يستعمل بالغيار عليها بمرهم منقط أو تعطى المركبات الأفيونية لاسيما المورفين والكودايين وكذلك ماء الغار وعلول حمض السيان ايدريك الطبي وأوكسالات السيريوم بمقدار قمحة الى اثنين والبزموت وحده أو مع المانيزيا وبي كربونات الصودا وقد ينفع الماء البارد استحماما أو دوشا أو تعطى صبغة اليود من نقطة الى خمس في نقطة صغيرة من الماء ويعالج القيء التابعي والعرضي على حسب الأحوال بمعالجة أسبابه

(رابعا السعال المعدي)

السعال المعدي يعرف بأنه جاف متكرر يتسبب عنه خروج بعض مواد مخاطية تأتي من المعدة

(خامسا الفواق)

الفواق يعبر عنه عند العامة بالزغطة وهو ينشأ من انقباض الحجاب الحاجز بحالة فجائية تتكرر في مسافات قريبة أو بعيدة تحدث بصوت مخصوص في المزمار عقب مرور الهواء فيه بقوة وليس للفواق أهمية اذا كان وقتيا وانصرف في مسافة بعض دقائق الى بعض ساعات قليلة كما يشاهد غالبا عند

الأطفال والشبان بعد تعاطي الأطعمة لا سيما اذا كانت عسرة الهضم واذا كان متعبا ومتكررا يعالج بالاعتناء في التدبير الغذائي وفي المضغ والأكل ببطء وبعضهم يوصي باستعمال التربنتينا

وأما اذا استمرا الفواق اياما متوالية وتكرر في مسافات قريبة كما يشاهد ذلك في بعض الامراض الثقيلة فانه يعلن بالخطر وتعسر معالجته

(سادسا الاضطراب العصبي)

الاضطراب العصبي يشمل الخفقان وعسر التنفس وثقل الرأس والأعراض العصبية الأخرى التي تصحب في الغالب امتلاء المعدة وتمددها بالغازات وسوء الهضم وتلطف هذه الاعراض وتنصرف بالاعتناء في التدبير الغذائي ومعالجة المعدة وسوء الهضم بما يوافق

(المبحث الثاني في التهاب المعدة)

التهاب المعدة اما ان يكون حادا أو مزمنا

(اولا في التهاب المعدة الحاد)

مجلس التهاب المعدة هو الغشاء المخاطي وحده أو يمتد الى الطبقات تحته وينقسم على حسب حدته الى التهاب نزلي والتهاب حاد والتهاب طلخموني وتسممي ودفتيري

(الأعراض) الالتهاب النزلي الخفيف يعبر عنه بالتلبك المعدي والتخم المعدية ويشاهد مثلا عند الاطفال متى افرطوا في أكل المواد العسرة الهضم كالمشمش والبلح فيتعبون ويحصل عندهم ثقل في المعدة واذا حصل القيئ وتفرغت المعدة يستريحون وتعود لهم الصحة

وعند الكهول اذا افرطوا في الأكل والشرب وادخلوا الطعام على الطعام وتعرضوا للتعب والسهر فتفقد شهيتهم ويحصل لهم غثيان وتبيض السنتهم وتنغطي بطبقة وسخة او مصفرة ويشعرون بتكسر في الاطراف وملل أو تحصل لهم حركة حمية خفيفة ومتى تقايؤا

وتفرغت

وتفرغت معدتهم يستريحون ويبرأون وعندما الطفل الرضيع اصابة الأوساط في ارضاعه او اذا كان اللبن رديئا او اذا تناول الطفل مواد غذائية اخرى ليست موافقة لسنه فان معدته تضطرب واذا تقايأ وتفرغت معدته يستريح ويبرأ.

وقد تكون النزلة المعدية الخفيفة أشد مما ذكر فيصحبها الاحساس بثقل وضغط في القسم الشراسيفي وتألم أصم ثابت أو منتشر يتشعع نحو الظهر أو بجوار اللوح الأيسر ويزداد الألم بالضغط على المعدة ويصحبه فقد الشهية والقرف من الأطعمة وتحزز اللسان وتغطيته بطبقة وسخة سميكة وعطش وميل الى المشروبات الباردة الحمضية ويكتسب النفس رائحة غير مقبولة ويحصل تجشؤ غازات منتنة أو كريهة الرائحة وغثيان وقيء مواد غذائية غير تامة الهضم ومختلطة بمادة مخاطية وقد يتبعها خروج قليل من الصفرا ولكن لا تحدث الصفرا هنا من اصابة الكبد بل تصل الى المعدة بالحركة ضد الديدانية التي تحصل في الاثنى عشري مدة القيء وقد يصحب هذه الأعراض تكسر في الاطراف وحركة حمية خفيفة ونقص في افراز البول مع تركزه ولكن يستمر الجلد رخوا مندى بالعرق وقد يظهر على الشفة والذقن طفح هربسي

وتنتهي النزلة المعدية الحادة عادة بالشفا في مسافة من يوم الى ثلاثة أو بالنهاية الى اسبوع مالم يستمر المريض على سوء التدبير ويعرض نفسه دائما للاسباب المحرضة للمرض وحينئذ تستحيل النزلة الحادة الى الحالة المزمنة وحيث ان النزلة المعدية الخفيفة لا تنتهي بالموت فلا تشاهد الآفات التشريحية التي توصفها ولكنها لا تختلف عن آفات النزلات المخاطية على العموم

وأما الالتهاب الحاد فانه يبتدئ بحركة حمية شديدة ويحس المريض بآلام حادة في القسم الشراسيفي مصحوبة بقيء متكرر مؤلم متكون من مواد مخاطية

صفراوية وفقد الشهية ويحصل عطش زائد وجفاف في الفم واحمرار اللسان وضيق طرفه او تغطيته بطبقة مبيضة ويصير البول محمرا متركزا ويحصل سعال معدى متواتر جاف أو يتبعه خروج مواد مخاطية من المعدة وينتهى الالتهاب بالتحليل ويحصل الشفاء فى مسافة اسبوع تقريبا وتحتاج النقاهة الى اعتناء زائد فى التدبير الغذائى

ولا ينتهى الالتهاب النزلى بالموت الا فى احوال استثنائية عند الاطفال ويشاهد فى الجثة باحتقان الغشاء المخاطى وتمدد أوعيته الشعرية وارتشاحه بمادة لمفاوية وكوات جلينية وسقوط البشرة وتعرية الأدمة المخاطية فى بعض النقط أو تقرحها السطحى وانتفاخ الغدد ويتغطى الغشاء المخاطى بطبقة من مادة مخاطية

وأما الالتهاب الفلغمونى للمعدة فانه يمتد الى النسيج الخلوى تحت الغشاء المخاطى أو تحت البريتون وينتهى بالتقيح ويجتمع الصديد على هيئة خراج فى حجم الحمصة أو البندقة او ينتشر الصديد فى النسيج الخلوى على امتداد عظيم وينتهى الصديد بثقب الغشاء المخاطى للمعدة وينسكب فى تجويفها أو يثقب البريتون وينسكب فيه أو يسبقه التهاب التحامى فينسكب الصديد فى الاحشاء المجاورة وأعراض الالتهاب الفلغمونى تشبه أعراض الالتهاب الحاد للمعدة مع زيادة فى حدة الحمى والالام والقىء والصعوبة فى التنفس وهبوط وانحطاط عام ومتى انفتح الخراج فى المعدة يحصل قىء صديدى واذا انفتح فى البريتون يحصل التهاب بريتونى مقتل واذا انتهى المرض بالشفا يتخلف من الندب التابعية انكماش للمعدة وتشوهها لاسيما فى قسم البواب لزيادة حصول الخراجات فى حفافه

وأما الالتهاب التسممى الحاد فانه يعقب تعاطى السموم الكاوية كالحوامض والقلويات المركزة أو السموم الحريفة كالزرنيخ والسليمانى ويتصف بكى الغشاء المخاطى وحصول الخشكريشات فيه وتنهكه وانسكاب الدم فى تجويف المعدة

وتأكل

وتآكل جدرها وانثقابها وانسكاب متحصلاتها فى البريتون او فى الاعضاء المجاورة وتصحبه اصابات الفم والحلق والبلعوم بآفات مشابهة لآفات المعدة

واعراض الالتهاب التسممى تظهر فجأة بقوة هائلة تختلف حدتها باختلاف نوع السم فالكاويات تحدث الما قاسيا لا يطاق وقيئا متواترا مصحوبا مدما وتصحبه حمى شديدة وصغر فى النبض وعرق بارد ويهلك المريض فى حالة الخطاط او بالالتهاب البريتونى واذا نجا المريض تكون نقاهته صعبة مستطيلة ويعقب الشفا تشوهات فى المعدة وفتحة البواب وضيق المرى ويستمر المريض عرضة لعوارض شتى واما السموم الحريفة كالزرنيخ والسليمانى فانها تؤثر على المعدة وتمتص وتحدث التسمم العام

واما الالتهاب الغشائى الكاذب او الدفتيرى للمعدة فانه نادر ويعقب دفتيريا الحلق متى امتدت الى المعدة بواسطة المرى (بيلاروبكس)

(الاسباب) يحدث الالتهاب المعدى من عدم انتظام التدبير الغذائى والافراط فى الاكل والبهارات والمشروبات الروحية والاطعمة الساخنة جدا او المثلجة جدا وادخال الطعام على الطعام واكل المواد العسرة الهضم او اللحوم الفاسدة كالسمك ولحم الخنزير العفنة وتعاطى المواد الحريفة كالفطر المسم والتعرض للتغيرات الجوية فى فصل الربيع والخريف وشدة الحرارة فى الصيف والتعب واستنشاق الابخرة الزرنيخية كالنوم فى اودة مبطنة بالورق الملون بلون يحتوى على تركيب زرنيخى وفى هذه الحالة يصحب النزلة المعدية نزلات فى الانف والملتحمة والامعا وتعاطى السموم الكاوية والحريفة يحدث الالتهاب التسممى

والتهاب المعدة يعقب ايضا اصاباتها الجرحية والانفعالات النفسانية الشديدة التى توجب فساد الهضم وينشأ من التهاب المعدة وفساد الهضم وانسكاب متحصلها فى الامعا حصول الالتهاب المعوى الذى يضاعف التهاب المعدة

غالبا ويعبر عنه بالالتهاب المعدى المعوى
والالتهاب المعدى النزلى يشاهد مصاحبا لبعض الأمراض العامة كالجدرى
والحصبة والحمرا والدفتيريا وحمى النفاس كما انه يضاعف بعض الالتهابات
الموضعية كالذبحات الحلقية والتهابات الاغشية المصلية وينشأ هذا الالتهاب
المفت الحاد فى امراض القلب التى عاقت اعاقة الدورة الوريدية وسير
الدم فى الاحشاء
وأما الحمى المعدية فأن اعراضها وآفاتها التشريحية مبنية على الحمى والالتهاب
المعدى النزلى يصاحبها على الدوام ولكنها هى مرض حمى عفن
(التشخيص) تشخيص الالتهاب المعدى الحاد لاصعوبة فيه ولا يلتبس
بالحمى التيفودية فى مبدئها وانما تلتزم الدقة فى تعيين نوع الالتهاب
ان كان ذاتيا أو تسمميا أو عرضيا فعند الكهل مثلا يتذكر الطبيب امكان
حصول التسمم أو التهاب رئوى أو مرض حاد آخر وعند الطفل يتذكر
الطبيب امكان حصول حمى طفحية كالحصبة
وأما الحمى المعدية فأنها تتميز عن الالتهاب المعدى بسبقها باعراض هجوم
وتصحبها حمى ذات ثوران مسائى مع انحطاط زائد فى القوى تتسبب عنه
نقاهة واضحة تسبق الشفاء التام والاعراض المعدية فيها ثانوية
والحمى اصلية والالتهاب المعدى بعكس ذلك
(المعالجة) يعطى مقيئ أو مقيئ مسهل ضد التلبك المعدى أو التخمة الخفيفة
لأجل استفراغ الاطعمة الغير المنهضمة الراسخة فوق المعدة ويعطى
مسهل ملحى كسلفات الصودا أو ماء پولنا أو پومنس دورف ضد التلبك
المعدى الشديد ايضا واذا لزم القيئ فالمرجح عرق الذهب فيعطى منه
٢ جرام أو يضاف اليه ٠.٥ ر سنتجرام من الطرطير المقيئ او تفعل حقنة
تحت الجلد من الابومورفين (نمرة يؤخذ منه ½ او ¼ حقنة) ولا تعطى
المسهلات الا اذا خيف من حصول الالتهاب فى الأمعا عقب نفوذ مواد المعدة
الفاسدة

الفاسدة فيها ويرجح حينئذ اعطاء المسهلات الخفيفة كالمانيزيا المكلسة وتراعى الحمية باعتناء حتى واذا كان الالتهاب المعدى خفيفا ربما تكفى الحمية القاسية وحدها لشفائه فى مسافة ٤٠ ساعة واذا لم يحتمل المريض الحمية القاسية واحتاج الأمر الى تعاطى الأغذية فلا يصرح له الا بالأمراق والالبان باردة بمقدار خفيف على حسب مزاج المريض ويخفف اللبن بماء الجير أو ماء الصودا أو ماء سان جالمييه أو جيسوبلر وبعض المرضى يرجح ماء الشعير أو ماء الرز المعطر بقليل من ماء الزهر أو ماء القرفة أو الليموناتا الخفيفة فأنه لا بأس بها انما تؤخذ أيضا بمقدار قليل فى المرة ثم متى تحسنت الاعراض يصرح له ببعض اغذية نشوية كالبالوظة أو الرز المدقوق باللبن (المهلبيه) ولا تعطى الكؤلئيات الا فى احوال استثنائية اذا كان المريض منحط القوى فيعطى له قليل من الكونياك فى الماء أو ماء الشامبانيا
واذا كان المريض طفلا رضيعا يعتنى فى اعطائه لبنا جيدا بمقدار قليل فى المرة أو يمنع من الرضاعة بعض ساعات ويعطى عوضا عن اللبن قليلا من ماء الشعير أو ماء الرز أو لبنا مخففا
ولأجل تلطيف العطش يعطى المريض بعض قطع صغيرة من الثلج يستحلبها ببطئ ولاجل تلطيف القيئ يعطى بعض نقط من حمض السيانئدريك المخفف المطبى أو يعطى البزموت مع كربونات الصودا والمورفين أو ماء سلتس أو قيشا أو الماء الفوار بمقدار قليل متكرر
وضد الالتهاب الشديد الغلغمونى ارسال العلق على القسم الشراسيفى ووضع مثانة مملوءة بالجليد على المعدة أو تعمل حقنة مورفينية لأجل تسكين الألم أو توضع ضمادات مدفأة يرش على سطحها اللودانم
وضد الالتهاب التسممى الابتداء اولا بتفريغ المعدة ثم اعطاء ضد السم على حسب نوعه ثم يعالج الالتهاب التابع بما يليق

وعلى كل حال يلزم الاعتناء التام بالتدبير الغذائي حتى يتم الشفا ويتقوى الجسم

ثانيا في التهاب المعدة المزمن

التهاب المعدة المزمن يتبع النزلة المعدية الحادة غالبا أو يكون اصليا عقب تكرار سوء الهضم والتعرض لاسباب التلبك المعدي على العموم والافراط في المشروبات خصوصا لا سيما المشروبات المغشوشة كالانبذة والسبيرتا والمشروبات الكؤلية

والالتهاب المزمن يلازم في الغالب بعض افات المعدة البطيئة السير كالسرطان والقرحة الوحيدة وبعض الامراض التي توجب اعاقة الدورة الوريدية كآفات الصمامات القلبية وسيروز الكبد والانفيزيما الرئوية والالتهاب البليوراوي المزمن ونحو ذلك ويشاهد الالتهاب المزمن ايضا في بعض الامراض العامة كالانيميا والخلوروزو الكاشيكسيات

(التشريح المرضي) احتقان الغشاء المخاطي قد يكون شريانيا بحيث يكون محمرا جدا خصوصا اذا كان السبب هو الافراط في المشروبات حتى أنه ربما اشتبه بالالتهاب السمي ويصحب الالتهاب في الغالب نقط أو بقع فيها نتيجة تعطي للغشاء المخاطي لونا رماديا أو ايكيموزات تصحبها تقرحات أيكيموزية بمعنى ان الغشاء المخاطي يتقرح في حذاء البقعة الايكيموزية أو يكون الاحتقان وريديا ناشئا من تمدد الشبكة الوريدية الشعرية كما يشاهد ذلك في الأحوال التابعة لآفات القلب وصماماته التي تعيق الدورة الوريدية ومن استمرار الاحتقان يحصل ارتشاح في الغشاء المخاطي يوجب كثافة وسماكته ويفقد ثنياته ويصير أملس او تختنق غدده فيصير سطحه حلميا غير منتظم وقد تكبر الحلمات بحيث تشبه القطيفة أو الزوائد البوليبوسية خصوصا بجوار البواب وتصير الطبقة العضلية سميكة ايضا ويتكاثر النسيج الخلوي ويتكاثف بحيث تكسب جدر المعدة ضخامة ويبسا ومقاومة

واضحة

واضحة وينشأ من تلك الضخامة ضيق البواب ومتى استمر الضيق يعقبه تمدد في المعدة وبالميكروسكوب توجد الغدد المعدية ايضا مصابة لتهاب وبشرتها محبية وقاعها فيه الاستحالة الجيبية الشحمية وبعض الغدد يكون متمددا على هيئة كيس وبعضها يصير ضامرا ضيقا ويكون غشاؤها البشرى مفقودا وقاعها متلاشيا وقد تتلاشى الغدد بالكلية فى اتساع بعض سنتمترات ويتخلف محلها بقع صغيرة مبيضة وقد يصحب ذلك تقرحات سطحية فى الغشاء المخاطى أو بعض خراجات صغيرة

(الاعراض والتشخيص والمعالجة) تنحصر اعراض الالتهاب المزمن فى سوء الهضم الذى سنذكره الآن وتتضمن فقد الشهية وتعفن الفم والاستشعار بتعب فى المعدة وتألم مبدأ الأكل وحصول التجشى والانتفاخ البطنى والقيئ والامساك واذا كان السبب السكر المزمن يتقايا المريض صباحا على الريق موادا مخاطية متكونة فى المعدة ومختلطة باللعاب الذى يبتلعه المريض مدة النوم ويحصل النزيف نادرا وبجس المعدة باليد تتألم ويستشعر بتيبس جدرها أو تمددها وبجسها ربما تسمع القلقلة الواصفة للتمدد ومتى استطال الداء ينشأ عنه النحول وضعف القوى وقد يتضاعف بسيروز الكبد أو داء برايت فيصير خطرا

وفى التشخيص يعتنى الطبيب فى تمييز الالتهاب المزمن البسيط من الآفات العضوية للمعدة كالأورام الخبيثة والقروح واساس المعالجة التدبير الغذائى اللبنى وغسل المعدة

(المبحث الثالث فى الديسبيسيا اى سوء الهضم المزمن)

يتم الهضم الطبيعى بأمرين الأول بواسطة العصير المعدى أى الفعل الكيماوى والثانى بواسطة حركات المعدة اى الفعل الميخانيكى فاذا تنوع العصير المعدى فى الكم أو التركيب أو اذا تنوعت حركات المعدة فى نظامها أو قوتها يتسبب عن ذلك عدم انتظام الهضم أو سوءه وحيث ان الاعراض

المعدى وحركات المعدة يتعلقان بسلامة الاجزاء الداخلة في تركيبها كالغدد
والعضلات والأوعية والأعصاب والطبقات المكونة لجدرها فتكفي اصابة
احد هذه الاجزاء لاضطراب نظام الهضم وحصول بطء فيه أو عسره
ولذلك يتسبب سوء الهضم عن اسباب شتى متنوعة

وحيث ان سوء الهضم يعقب دائما اصابات المعدة فلا يمكن اعتباره كمرض
ذاتي وانما هو عرض لهذه الاصابات وبعض المؤلفين يقسم سوء الهضم بالنظر
لآفاته الى غددى ومخاطى وعصبي ووعائي ومختلط (سيه) والبعض يقسمه
الى عصبي مؤلم وضعفي ونزلي مزمن (جوبلير) ولكن هذا التقسيم صناعي لأنه
لا يوجد حد فاصل لهذه الانواع وفي الغالب تشاهد مختلطة ويعسر
تمييزها والفرق بينها في الاكلينيك

(الأسباب) باعتبار اسباب سوء الهضم عقلا توجد اما متعلقة بالاغذية
أو بالمعدة فاذا كان الغذاء عسيرا ربما يحدث سوء الهضم من نقص حمض الكلوريدريك
والبيبسين في العصير المعدي أو من افراط حموضته أو الزيادة في افراز
المادة المخاطية أو الضعف في قوة المعدة أو التهاب غشائها المخاطي أو
ضعف الأعصاب المعدية أو المراكز العصبية فبدلا عن ان تنهضم الأغذية
تتخمر ويتكون منها حمض الكربونيك والخليك والزبديك وتتألم المعدة
ويثقل عليها الطعام ويحصل التجشي والغثيان والقيء

وأما اذا كانت المعدة سليمة والغذاء ربما عسر الهضم أو كان مقداره
زائدا عن تحمل المعدة أو كان النشاء ناقص النضج واللحوم متيبسة من افراط
الطبخ أو كان مضغها وتشربها باللعاب غير تام أو حصل افراط في البهارات القوية
والمشروبات فانه ينشأ من ذلك صعوبة وعسر في الهضم

وبناء على هذا فخلاف الامراض الموضعية للمعدة كالتهابها وتمددها وقروحها
وسرطانها الموجبة لسوء الهضم طبعا يمكن حصر الاسباب فيما هو آت
اولا عدم نظام التدبير الغذائي كالافراط في الأكل والشرب وادخال
الطعام

الطعام على الطعام أو استطالة المسافات بين الاطعمة جداً وبدون انتظام وعدم جودة المضغ بسبب العجلة فى الاكل او بسبب فقد الاسنان والافراط فى شرب السوائل خصوصا الماء البارد مدة الطعام والافراط فى المنبهات لا سيما البهارات القوية والمشروبات الروحية والشاى والقهوة والافراط فى شرب الدخان وتعاطى بعض المواد التى لا تتحملها المعدة بالنظر للايديوسنكراوية الشخصية كالمواد الدسمة أو الشوربة أو اللبن والجبنة أو السمك والحيوانات البحرية أو لحم الطيور واللحم المقدد والجالى أو بعض الفواكه والخضروات ونحو ذلك ويلزم اعتبار هذه الأسباب وتداركها فى المعالجة وقد يتعلق سوء الهضم بعكس ما ذكر بتكرار الجوع والحرمان وتعاطى الاغذية الرديئة أو الغير الصحية

ثانيا التعب الزائد او عدم الحركة الكافية والرياضة والسهر المستطيل والافراط فى الاشغال العقلية أو فى الشهوات والحزن والهموم والانفعالات النفسانية خصوصا الانفعالات المهبطة ونحوها كلها اسباب تؤثر على الهضم وتعسره

ثالثا بعض الأمراض العامة كالانيميا والكلوروز والكاشيكسيات وخصوصا النقرس والدرن لان النقرس يصيب المعدة كما يصيب الروماتزم القلب ويسبق فى الغالب النوبة النقرسية ويعلق بها أو ينتهى بدون فترة ولا هوادة وقد يحصل سوء الهضم فى الدرن مبكراً قبل ظهور العلامات الموضعية للسل الرئوى ويشتد بعد ذلك متى تقدم السل واصيبت المعدة بآفات تابعية

رابعا اصابة بعض الاعضاء البعيدة كأمراض الكبد والرحم والحمل وامراض الجهاز البولى والقلب التى توجب ركود الدورة الوريدية

خامسا أنه يعد من الأسباب المهيئة تبعا لبعضهم الوراثة وسن الشبوبية والكهولية لغاية سن الخمسة والاربعين أو الخمسين وأما عند الأطفال والمتقدمين فى السن فلا يشاهد سوء الهضم الا قليلا وذلك ان سن الشبوبية والكهولية

عرضية للاشتغالات العقلية والتعب وهموم المعيشة وعدم انتظام الأطعمة ومواقيتها بسبب العجلة وضيق الوقت وأما في سن الطفولية وملاهيه وسن التقاعد ومراسيه فلا موجب لاضطراب الهضم ولو كانت الاسنان مفقودة والقوى الحيوية في ضعف الآن الهضم يتم في شروط الاستراحة

(الأعراض) تتنوع اعراض سوء الهضم المزمن بتنوع الاشخاص والاسباب وعلى العموم يصحب سوء الهضم ضعف الشهية فلا يحس المريض بالجوع ولا على الريق عند الصباح ويجلس على المائدة ومعه احساس بامتلاء معدي أو كراهة للطعام أو تألم خفيف في القسم الشراسيفي يشبه السخسخة أو تألم شديد شبيه بالتقلص فاذا شرع في الاكل فانه يستوفي عادة ولكنه يتجنب الطعام ويجتنب بعض المواد كالشحم والنشا والخضروات التي عرف بالتجربة أنها لا توافق معدته وبعد انتهاء الاكل يستشعر بثقل في المعدة وتعب يصحبه في الغالب احتقان في الوجه وثقل في الرأس وميل للتنعس ويستمر تعب المعدة بعض ساعات ويصحبه تألم يحس به المريض عادة في القسم الشراسيفي أو يمتد خلف القص ويتسبب عنه ازدحام التنفس واعاقته أو يمتد الى الظهر بجوار اللوح الأيسر وبالضغط على المعدة يتألم المريض وقد يوجب الضغط خفة واستراحة ولكن متى تمددت المعدة بالغازات يتعب المريض من ضغط الملابس ويلتزم بفك ازرارها للافراج عن نفسه ويتجشى غازات كريهة الرائحة والبعض يحس بالظمأ الشديد وزيادة الحرارة في المعدة ويتلذذ من شرب الماء البارد والبعض لا يحس بعطش ويشكو ويتعب من شرب الماء

ويشتكي المريض عادة بكراهة طعم الفم وجفافه ومرارته او تعجنه خصوصا عند القيام من النوم صباحا وتكون رائحة النفس كريهة واللسان اما ان يكون عريضا رخوا مغطى بطبقة رقيقة مبيضة وسخة وعليه أثر ضغط الاسنان أو يكون اللسان محمرا خصوصا حافته وطرفه وسطحه حليا

حليا أو مغطى بطبقة كثيفة مبيضة أو مسمرة وقد يصحب ذلك احمرار والتهاب في اللثة وسهولة ادمائها وتلتهب زائدة لاسيما اذا افرط المريض في شرب الدخان أو الخمر فانه قد تبتل الوسادة من لعابه مدة النوم أو يبتلع اللعاب ويتقايأه بعد اليقظة صباحا

ويتضاعف سوء الهضم هنا كثيرا بالذبحة الحلقية المزمنة الجيبية

ويصحب سوء الهضم المزمن عادة امساك مستعصى وثقل في الرأس أو صداع جبهي وتعب في الاطراف وكسل في القوى العقلية وعدم القدرة على الاشتغال أو دوخان ودوار وماليخوليا ومتى تقدم المرض ضعف الجسم ويصير انيماويا ويبطئ النبض ويصير قابلا للضغط وقت الاستراحة واقل حركة توجب سرعته ويحصل عند بعض المرضى خفقان وضيق نفس ويكون الجلد جافا ترابيا أو رخوا مندى بالعرق وقد تحصل حركة حمية خفيفة تأتي في المساء وتنتهي بالعرق ويكون البول غزيرا رائقا أو قليلا مركزا فيه رسوبات بولية أو أوكسالية أو فسفاتية أو يكون زلاليا ولا يشاهد نحول المصاب بسوء الهضم المزمن الا اذا تقدم المرض وان من جدا وحصول النحافة السريعة يوجب الشبهة في وجود الدرن أو السرطان أو قرحة المعدة ويلزم تكرار البحث عن المريض بالدقة لاجل تأكيد التشخيص

وليس القيء كثير الحصول في سوء الهضم المزمن وانما يشاهد غالبا عند المدمنين على الخمر ويحصل على الريق صباحا ويتكون من مواد مخاطية ولعاب وقد يحصل تريف معدي ويخرج الدم في القيء مسودا أو يحمل تبعا لمقداره والمدة التي أقامها في المعدة وقد تكون مواد القيء والتجشي حامضة جدا بحيث يحس المريض عند مرورها بحرقان في الحلق وتضريس في الاسنان وتغرغر العينين كأنه تعاطى حمضا مركزا وقد يستمر الحرقان مدة مستطيلة بعد انصراف المواد وتحدث هذه الحموضة اما من زيادة الافراز الحمضي المعدي كحمض الكلوريدريك والبنيك وهو نادر والغالب انها تنشأ من تخمر المواد النشوية والسكرية

وتكون حمض البنيك والزبديك والخليك وتصحب الحموضة رائحة بعض الحوامض الطيارة وغازات ايدروكربونية وحمض كربونيك وإذا كان الطعام محتويا على الكبريت كالبيض مثلا تتكون أيضا غازات ايدروكبريتية

وقد يحصل انتفاخ المعدة بالغازات الى درجة الانتفاخ الطبلي ويعم المعدة والأمعاء في آن واحد ولا تنشأ الغازات هنا من تخمر الأطعمة فقط بل ربما يحصل افراز غازي شبيه بالأفراز الغازي الاستيري وربما تولدت الغازات في الأمعاء ثم وصلت الى المعدة بحركة ضد الديدانية

وقد يحصل فقد الشهية زيادة مفرطة فيها كما يشاهد عند الاستيريات فينتهيأ للشخص ان المعدة فارغة ولا ينصرف الاحساس بالجوع حتى ولا بعد الاكل ويشتكي بسخونة متعبة ولا يصحبها عادة انتفاخ البطن ولا الجشي

وعند الاشخاص المصابين بالمرض يصحب سوء الهضم في الغالب احتقان في الكبد وزيادة في افراز الصفرا وطفح هربسي في الجلد

(التشخيص) تشخيص سوء الهضم في حد ذاته سهل وانما الصعوبة في تعيين نوعه هل هو متعلق باضطراب وظيفي فقط أو بالتهاب معدي مزمن أو بضعف المعدة أو مرتبط بمرض عام او بمرض عضو بعيد او هل هو سابق ومعلن لمرض عضوي موضعي كالقرحة والسرطان فيلزم الاعتناء في البحث عن المعدة وعن مواد القيء وعن الأمراض العامة وتكرار البحث يوميا لأجل تحقيق التشخيص والاستدلال على الانذار والمعالجة ثم ان الشكل النزلي المزمن يشاهد بالاكثر عند الشبان والكهول والمدمنين على الخمر ويتميز بتألم المعدة من الضغط عليها وبالاحساس فيها بحرارة وبزيادة العطش واحمرار اللسان كله أو حافته وطرفه وبتغطية سطحه بطبقة وسخة سميكة وحصول القيء المخاطي على الريق

وأما الشكل الضعفي فالضغط فيه على المعدة لا يؤلم وقد يستريح به المريض والعطش

والعطش فيه نادر أو مفقود واللسان يعرض ويتغطى بطبقة بيضة رقيقة فقط وجفاف الفم فيه لا يبلغ درجة جفافه في النزلة المعدية المزمنة ولا يحصل القيء المخاطى على الريق ويصحبه الامساك على الدوام تقريبا

وأما الشكل العصبي الوهاني فتشاهد فيه زيادة الشهية مع قلة الانتفاخ الغازي وزيادة الآلام العصبية وحصولها على نوب ويصحبه غالبا القيء الحمضي المحرق في الحلق ولا يلازم الامساك دائما

وأما غدد المعدة وقرحتها وسرطانها فسنذكر امراضها في محالها

(الانذار) يتعلق الانذار باسباب سوء الهضم وسن المريض ونوع المرض ومدة وتسلطن الأعراض في الغالب ويسرع شفاء المريض باتباع العلاج الموافق وقديم الشفاء في الأحوال الحديثة ولكن يتعذر في الأحوال القديمة المتقدمة ولا يؤمل الشفاء في الأحوال المتعلقة بالدرن والسرطان

(المعالجة) تتنوع المعالجة بتنوع الاشخاص واسباب سوء الهضم وتكون صحية أو دوائية

فالمعالجة الصحية يمكن تطبيقها على أنواع سوء الهضم وتتضمن الاعتناء في التدبير الغذائي وانتخاب الاطعمة والمشروبات الموافقة للمريض وتعيين مقدارها وترتيب اوقات الطعام واوقات النوم والقيام في الصباح

والاصوب ان يأكل المريض ثلاث مرات في اليوم وان يرجح اللحوم البيضا كالضان والأرانب والدجاج والسمك البياض ويجتنب لحوم الحيوانات البرية ولحم الخنزير واللحوم المملحة وأما البيض فانه يوافق البعض دون الآخر وكذلك اللحم البقري والبتللو وتجتنب الخضروات الخضرا كالسبانخ والقرع الصغير والملوخية والخرشوف والهليون وتخضر بالطبخ بالمرق مع تجنب الدسم ويمكن أكل مقدار قليل من البطاطس مغليا وأكل الرز المدقوق مع اللبن والشعرية الازبجي والمهلبية وأما الفجل والجزر وجميع الجذور الصلبة فالأصوب تركها والكرنب والخضراوات الجافة تولد الارياح فلو يتعاطاها ويدع

الخبز المقمر والبسكوييت على الخبز الجديد ولا تؤكل حيوانات البحر ولا فواكها ولا الجبن ولا الخلل ولا النقل ويؤخذ اللبن والكوكا مع الماء بدل القهوة والشاى ولا يشرب الماء مع الطعام الا مقدارا قليلا جدا وأما المشروبات والبهارات فيمنع منها البعض ويعطى البعض حسب الاقتضا وعلى العموم يلزم تجنب المواد التى توجب احتقان الوجه والرأس بعد الطعام

ويلزم ان يكون أكل المريض ببطء وان لا يدخل الطعام على الطعام وان لا يملأ معدته بل يترك المائدة قبل الشبع ويحسن المضغ ويشبع الكتلة الغذائية باللعاب ولا يأكل وحده إن أمكن بل يأكل مع جماعة ولا يتعرض للتعب والاشتغال العقلى مدة الهضم ويواظب على الرياضة فى الهواء المطلق يوميا وعلى الاستحمام والنظافة

وأما المعالجة الدوائية فتختلف باختلاف الأحوال فتعالج النزلة المعدية المزمنة بالقلويات كبى كربونات الصودا والمياه المعدنية القلوية كماء كارلسباد وفيشى وماء فيشى وبوج وجيسهوبلر وماء سان جالمييه وضد الامساك تعطى المسهلات الخفيفة الملحية أو الحقن البارده واذا كانت النزلة مضاعفة بحالة صفراوية تعطى الحبوب الزرقا أو اليوينمين والايريدين والراوند وعرق الذهب والمانيزيا المكلسة وضد الأرياح والغازات يعطى فحم بللوك أو الغازات أذا كانت الغازات غير مصحوبة بامساك واذا كانت المعدة متهيجة يضاف للبزموت كلورايدرات المورفين أو يعطى بعض نقط من حمض السيان ايدريك وماء الجير ويعطى بماء القرفه أو تعطى حبوب اوكسيد الفضة أو يعطى مسحوق الطباشير المحضر أو المشب والكتيكو ومنقوع قشر البلوط والماتيكو أو يعطى المسحوق المعدى المركب من الراوند والمانيزيا وبى كربونات الصودا مع سكر اليانسون أو النعناع أو تغسل المعدة

المعدة بالمياه القلوية أو المضادة للعفونة بطريقة كوسماول التي سنعود اليها في تمدد المعدة

ولا يلزم الافراط في المسهلات خصوصا اذا كانت المعدة متهيجة وانما لزم الحال لاعطاء مسهل تزيح الحقنة الباردة ويعطى زيت الخروع ويتوجه المريض لأخذ المياه المعدنية ان امكن من ينبوعها في كارلسباد ومارينباد وفيسباد وبلومبير وفيشى وبانيرد وبجوو وغيرها

واذا كانت النزلة المعدية ناشئة عن المشروبات ومصحوبة باعراض السكر المزمن فيلزم منع المشروبات بالكلية فجأة أو بالتدريج ويشرب المريض ماء الصودا ومنقوع مرخفيف والبابونج وفي كل يومين ثلاث حبات من الحبوب الزرقا عند النوم وتعطى القلويات والبزموت كما سبق ذكره

واذا كانت النزلة المعدية تقرحية تعالج بصبغة الحنظل وأملاح البوتاسا ومدرات البول مع مراعاة الشروط الصحية ضد النقرس

واذا كان سوء الهضم ضعفيا مصحوبا بغازات وأرياح وحموضة وامساك مع قلة وساخة اللسان وعدم تألم المعدة بالضغط عليها يلزم الامتناع عن السوائل والشوربة والنشويات والخضراوات الجافة والخبز الجديد ويتعاطى اللحوم البيضا المصلوقة والسبانخ والقرع ودقيق الرز والبسكوت ويتعاطى البيرا الخفيفة بدل الماء أو قليلا من النبيذ ويعطى المستحيق المعدية المرة والجوز المقيئ والكينا وضد الامساك يعطى مغلي الراوند اليونيقي والصبر بمقدار خفيف ويتريض بدون تعب

وسوء الهضم الانيمارى والخلوروزى والكاشيكسى والدرنى يحتاج الى استعمال المركبات الحديدية والزرنيخية والمركبات الاسترينكنية والمنقوعات المرة كالكولومبو والكواسيا ويعطى مقدار معين من الصبر أو الراوند لمنع الامساك ولكن المركبات الحديدية والكينا

يعسر تحملها غالبا فى سوء الهضم الانيماوى فتستعوض بمحلول فولير ولخشب
ألمن أو الكولومبو وقد يلزم اعطاء المليّنات المعدنية الكلور ايدرية
لأجل مساعدة الهضم بقدر ١٠ أو ١٥ نقطة من الحمض المخفف فى قليل
من الماء بعد الطعام أو يتعاطى البيبسين بشرط ان تكون حديثة التحضير
لأنها تفقد خواصها بالقدم فيعطى من محلولها الحمضى الجليسرينى بقدر
٣ الى ٦ جرامات بعد الطعام
ويعطى التيول والكريوزوت والنافتول وحمض الفنيك حبوبا ضد الأرياح
والغازات ويلزم تغيير الهواء والرياضة وتجنب الأتعاب واذا أمكن
يتوجه المريض الى مياه سبا أو الفودج
وأما سوء الهضم عند الاطفال فينشأ عادة من الأغذية الرديئة والخلط
فى الأكل ويعالج بتفريغ المعدة أولا بالمقيئ أو للسهل الخفيف ثم ينظم
التدبير الغذائى واذا كان الطفل انيماويا أو راشيتيكيا تعطى له المقويات
المرة والفسفات ويرسل لتغيير الهواء على شواطئ البحار ولأخذ الحمامات
وأما سوء الهضم عند الشيوخ اذا كان غير متعلق بآفات عضوية فانه
يكون عادة ضعيفا ويعالج بتنظيم التدبير الغذائى وتعاطى الحبوب أو المساحيق
المعدية المحتوية على الراوند والصبر ويصرح له بالبهارات والأنبذة
بقدر مناسب وتستعمل الأدوية التى سبق ذكرها فى سوء الهضم الضعفى
والانيماوى على العموم

(المبحث الرابع فى قروح المعدة والقرحة الوحيدة)

تقرحات المعدة عديدة ومتنوعة واهمها القرحة الوحيدة لكروفيلييه
أما التقرحات العديدة فتحدث من اسباب شتى فاما أن تعقب الانزفة
الشعرية فى الالتهاب المعدى الالكولى والبولى او تعقب الاحتقان المعدى
الركودى عقب امراض القلب أو سيروز الكبد وتتصف هذه التقرحات
بكونها عديدة جدا بحيث يصل عددها الى ٤ أو ٦ فى السنتيمتر المربع من
الغشاء

الغشاء المخاطى وتكون منتشرة على سير التفرعات الشعرية الوريدية ولا يزيد قطرها عن نصف سنتيمتر وتكون مستديرة أو بيضاوية وحافتها منحرفة مبططة وتحدث من نيكروبيوز الغشاء المخاطى فى حذاء الانسكاب الدموى المنقط

وقد تحصل التقرحات الايكيموزية عند الطفل الحديث الوضع ويكون مجلسها غالبا قوس المعدة الكبير ويصحبها احتقان وريدى واضح ويتسبب عنها قيئ تتركب مواده من مواد مخاطية منقطة بنقط مسودة طبيعتها دموية وتكتسب سحنة الطفل هيئة العجوز وتغور عيناه وينكمش جلده ويصير سيانوزيا (بارو)

والتقرحات الدرنية تشاهد فى المعدة أقل منها فى الامعاء ومجلسها فى الغالب القوس الكبير للمعدة وتتصف بكونها غير منتظمة محفورة على هيئة قمع يختلف حجمها وقد يصل الى ٣ أو ٤ سنتيمتر وكل من قاعها وحافتها موشح بحبيبات درنية ينشأ من لينها اتساع القروح والأنسجة تحتها مرتشحة بالدرن على امتداد كبير خصوصا بطول الاوعية الشعرية وفى النادر يتسبب عنها ثقب المعدة أو فتح الأوعية ويعقب ذلك التهاب بريتونى أو نزيف خطر وبالبحث عن هذه التقرحات بالميكروسكوب تشاهد آفات الدرن وباسيله

ويمكن مشاهدة تقرحات المعدة ايضا فى الحمى التيفودية (ميلار) وفى الزهرى وهو نادر جدا وفى الحروق المتسعة للجلد وعقب رض القسم الشراسيفى وأما القرحة المعدية الوحيدة وتسمى بالقرحة المستديرة (نيماير) والقرحة الثاقبة (روكيتانسكى) وقرحة ابيركرومبى وقرحة كروفيلييه المزمنة البسيطة فهى قرحة أكالة تمتد فى السطح والعمق وتثقب المعدة غالبا وتفتح الأوعية الدموية وهى قابلة للشفا والالتحام

(التشريح المرضى) هذه القرحة وان كانت وحيدة غالبا (روكيتانسكى)

الا أنها لا تستحق تسميتها بهذا الأسم دائما لأنها قد تكون مزدوجة وفى احوال استثنائية تكون أكثر من ذلك ولكن متى وجدت قرحتان يرى أنهما مختلفتان فى الاتساع والاوصاف بحيث يتضح انهما لم يتكونا فى زمن واحد ومجلس القرحة المعدية الوحيدة يكون عادة فى القوس الصغير للمعدة أو فى الوجه الخلفى أو المقدم لها بقرب القوس المذكور ووجودها فى الجهة الخلفية أكثر من الجهة المقدمة وقد تشاهد قرحتان متقابلتان احداهما فى الوجه الخلفى والثانية فى الوجه المقدم بحيث أنه ربما يتصور حصول القرحة الثانية من ملامسة القرحة الأولى للغشاء المخاطى امامها وقد تتسع القرحتان وتتقاربان من بعضهما فى القوس الصغير للمعدة ثم تختلط ببعضها وتصير قرحة واحدة بشكل الساعة الرمل وتشاهد القرحة الوحيدة ايضا فى البواب وتندر فى تقعير الفؤاد وشكل القرحة الوحيدة عادة مستدير او بيضاوى وقد يكون هلاليا أو غير منتظم ويختلف حجمها من قدر القرش الى قدر الريال الفرانسا وتكون حافتها مقطوعة قطعا عموديا وليست صلبة ويكون قاعها غائرا على هيئة قمع قمته متكونة من الطبقة العضلية أو من البريتون بحسب غورها وحيث ان سير القرحة سريع ولا يصحبها التهاب فى الغالب لاسيما فى الابتداء فأنها ربما تثقب البريتون قبل التحام وريقتيه فينسكب متحصل المعدة فى تجويفه وتفتح الأوعية الدموية قبل انعقاد الدم فيها فيحصل نزيف باطنى خطر أو مقتل

وأما اذا حصل فى القرحة التهاب فأن حافتها ترتشح بنضح وتصير سميكة متيبسة ربما أشتبهت بالقرحة السرطانية ويمتد الالتهاب الى البريتون فيلتصق بالاحشاء المجاورة كالفص الأيسر للكبد والغدة البنكرياسية ومتى تأكل البريتون تشاهد الاحشاء المذكورة فى قاع القرحة وقد يتسبب من القرحة التصاق البريتون بجدر البطن ثم تتأكل جدر البطن وتنثقب ويتكون ناسور معدى جلدى وفى احوال أخرى تؤثر القرحة

عن الحجاب الحاجز أو الطحال أو العقد اللمفاوية المساريقية أو القص أو القولون المستعرض أو الحجاب المنصف أو التامور أو البليورا والمنشأ والشعب ويعقب نفوذها في هذه الاحشاء عوارض شتى وتؤثر ايضا على الأوعية في طريقها سواء كانت شرايين أو اوردة كالشريانات التاجي المعدى والطحالي والمعدى التربى وتؤكلها وتحدث الانزفة والتحام وريتق البريتون لا يؤمن من الخطر لأن الالتحام قد يتمزق أو تمتد القرحة الى نقطة لم يتم الالتحام فيها

وبالبحث الميكروسكوبى عن النسيج المتقرح توجد عناصر طبيعية أو مستحيلة الى الحالة الجنينية الشحمية ولا تنتهى القرحة دائما في السير بل يحصل التحامها في كثير من الاحوال البحث نشاهد في الجثة قروح تامة الالتحام او غير تامة وأثرة الالتحام يكون مجردة من الغشاء المخاطى ويتسبب عنها انكماش المعدة في حذائها وتشوهها فاذا كانت في قوس المعدة الصغير أو على أحد سطحيها تصير المعدة ضيقة من وسطها على شكل كيسين متلامسين واذا كانت في البواب توجب ضيقه ثم من ضيق البواب يحصل تمدد في المعدة ثم أن المرء والاثنى عشرى عرضة للاصابة بالقرحة الوحيدة كالمعدة ويندر مشاهدتها في بقية الأمعا

(الأسباب) رأى ويرشو أن قلوية الدم تمنع تأثير العصير المعدى على نسيجها فاذا انسدت الشرايين أو الأوردة الشعرية باستحالة شحمية أو أتيروم أو نحوها ووقفت الدورة في نقطة من المعدة يستولى عليها العصير المعدى ويهضمها ويعقب ذلك تكون القرحة الوحيدة التى تكتسب شكل الانتهايات الشريانية على هيئة قمع قاعدته في حذاء الغشاء المخاطى وقمته مواجهة للبريتون واعترض المؤلفون على ذلك بأن ركود الدورة المعدية عقب آفات صمامات القلب وسيروزا الكبد لم يتخلف عنه ظهور القرحة الوحيدة وان القرحة الوحيدة للمرء لا يصل اليها العصير المعدى

وأنه يمكن تشبيه القرحة الوحيدة للمعدة بالقرحة المزمنة السميكة الجدر التى تظهر على الساق ومع كل فان تاثير العصبى المعدى على القرحة لايمكن انكاره واثبات ذلك تآكل الشرايين فى قاع القرحة وقطعها قطعا عموديا كقطع السكين مع ان جدر الشرايين تقاوم التقرحات فى بقية اجزاء الجسم (ووليليام جول) يفسر كثرة حصول القرحة الوحيدة فى القوس الصغير للمعدة بثباته بالنسبة لبقية اجزاء المعدة وعدم قابليته للانبساط بالنسبة لشدة تقوسه

وتشاهد القرحة الوحيدة عادة فى سن الشبوبية والكهولية اى بين سن ١٦ الى سن الـ ٥٠ وتقل مع التقدم فى السن ولا تشاهد قبل سن العشرة الا فى أحوال نادرة جدا وتصيب الاناث اكثر من الذكور

وأما الكلوروز والسكر المزمن والدرن والزهرى فلم يثبت تأثيرها فى حصول القرحة الوحيدة وأما صدمات القسم الشراسيفى فقد تكون سببا متمما للقرحة الوحيدة (بوتان) ومن الاسباب المهيئة ايضا الافراط فى المشروبات الكحولية والاغذية العسرة الهضم والقيء العنيف وازدراد أجسام صلبة ذات زوايا حادة كما يشاهد عند الشغالين فى الصيف والزجاج (بيرنوتس)

(الاعراض) الاعراض الخاصة المواصفة للقرحة الوحيدة هى الألم والقيء وقد تسبقها اعراض سوء الهضم اما الألم فيختلف حدته من درجة الانقباض والثقل فى القسم الشراسيفى الى درجة الحرق والقرص والتمزق والثقب ويبتدئ الألم عادة بعد تعاطى الطعام ببعض دقائق الى نصف ساعة أو ساعة فى النادر ويستمر مدة الهضم ويزول بعد تمامه واذا حصل القيء وتفرغت المعدة من متحصلها يستريح المريض من الألم ويشتد الألم بالضغط على القسم الشراسيفى وبتعاطى المواد الغذائية الصلبة أو العسرة الهضم أوالساخنة وفى النادر جدا يحصل الألم على الحلق ويتلطف بتعاطى الماء الدافئ أو المضاف اليه الكونياك

وقد

وقد يظهر الألم على نوب بدون سبب واضح أو يستمر بلا انقطاع مدة أيام أو اسابيع متوالية خصوصا اذا أزمن المرض

ومجلس الألم فى القسم الشراسيفى فى حذاء النتوء الخنجرى أو على يمينه أو يساره بقليل أو أسفل منه بنحو قيراطين أو ثلاثة ويكون محدودا على نقطة لا يزيد قطرها عن قيراط او قيراطين (برينتون) ويصحب الألم الخنجرى ألم ظهرى شديد يحس به فى حذاء الفقرة الأولى القطنية وقد يكون فى حذاء الفقرة الثانية القطنية أو التاسعة الظهرية

ويتحرك الألم ويشتد بالضغط على القسم الشراسيفى حتى ان المريض لا يتحمل ادنى ملامسة حتى ولا لمس الملابس وقد يحرك هذا الضغط الألم الظهرى ايضا وفى احوال نادرة جدا يتلطف الألم المعدى بالضغط

وأما القيئ فانه يبتدئ عادة بعد ظهور الألم ببعض أيام أو ببعض اسابيع ويحصل القيئ عادة اذا وصل الألم الى حد كبير بعد الطعام ومتى تفرغت المعدة يخف الألم وينصرف فى مسافة من دقيقتين الى خمسة وفى العادة يكون القيئ سهلا وقد يحصل قيئ مخاطى مصفر فى الصباح أو فى اثناء النهار خلاف القيئ الغذائى وفى الحالتين يتصف القيئ بشدة الحموضة التى تنشأ من زيادة حمض الكلوراديك فى العصير المعدى وهى علامة مهمة لتمييز القرحة الوحيدة عن سرطان المعدة (ايوالد ريجل)

والقيئ الدموى كثير الحصول فى القرحة الوحيدة للمعدة وقد يكون مقدار الدم واهيا ويحتاج عند استكشافه نزول المواد الغذائية وترك المواد السائلة للاستراحة ثم البحث فى الراسب عن الكرات الدموية الحمراء والغالب حصول النزيف بمقدار زائد ويخرج الدم فى القيئ احمرا وسائلا اذا لم يمكث فى المعدة وأما اذا مكث فى المعدة وأثر عليه العصير المعدى فانه يخرج فى القيئ على هيئة جلط أو سائل مسود شبيه بتفل القهوة وقد ينفذ بعض الدم فى الأمعا

ويخرج مع المواد الثفلية على هيئة مادة مسودة شبيهة بالقطران أو
النيلج وحصول النزيف يدل على اصابة بعض الشرايين بالقرحة
ويصحب القرحة الوحيدة عادة سوء الهضم والامساك وأما الشهية فقد
تكون محفوظة ويرى على الشخص هيئة الصحة التامة ولكنه يتحاشا تعاطى
الاغذية خيفة عروض الألم واذا أكل يتقايا غالبا ومن تكرار القيئ والألم
والنزيف تقل التغذية ويضعف المريض ويصير انيماويا ويصحب الطمث
عند النساء أو ينقطع الحيض بالكلية ويقل البول ويصير مركزا غالبا حمضيا
وقد يظهر فيه الزلال ومن تقدم الضعف تكتسب سحنة المريض هيئة
نهوكة واصفة مع الخطاط ما اليخولى وأرق متعب ولكن لا تتأثر المعقوليا
عادة
(السير والمدة والانتهاء) يبتدئ المرض غالبا بسوء الهضم ثم تحصل الآلام
والقيئ وقد تستمر هذه الحالة مدة أشهر أو سنين فقد تبلغ من ٢٠ الى ٣٠
سنة أو أكثر مع ثوران وفترات حسية وباتباع المعالجة اللائقة ربما
يحصل الشفا وقد يحصل الشفا الذاتى باتباع الشروط الصحية وقد تتقدم
الكاشيكسيا فى النادر الى درجة الهلاك وتحصل الوفاة غالبا من
العوارض التابعية للقرحة ولكن سير القرحة لا يكون على هذا
النسق فى كثير من الأحوال
ففى بعض الأحوال تكون القرحة كامنة الاعراض ثم تظهر فجأة اعراض
الانثقاب المعدى والالتهاب البريتونى الحاد أو النزيف المعدى
ويهلك المريض فى مسافة بعض ساعات أو بعض أيام ولكن تنشا هذه
هذه العوارض غالبا فى القرحة المزمنة المعتادة وقد يتسبب من القرحة
التصاق البريتون بالأحشاء المجاورة وتكون خراجا ينفتح فى الكبد
أو الطحال والحجاب الحاجز أو فى التامور والبليورا والشعب وتعقب
ذلك عوارض خطرة و مقتلة وفى احوال اخرى تتصل المعدة بالقولون

أو بالجلد ويتكون ناسور معدى معوى أو معدى جلدى وفى هذه الحالة ربما تحسن حالة المريض ويتمتع بظواهر الصحة التامة

وفى الأحوال الحميدة تنتهى القرحة بالالتحام التام بدون تشوه تابعى وانما فى الغالب يعقب الندبة تشوه فى شكل المعدة واعاقة الهضم واذا كانت الندبة فى البواب يتسبب عنها ضيق هذه الفتحة ويعقب ذلك تمدد المعدة وقد يكون التحام القرحة غير تام أو تلتحم ثم تتقرح ثانيا أو تظهر قرحة جديدة بعد التحام هذه القرحة وفى هذه الأحوال لا يزال المريض عرضة لعوارض النزيف وانثقاب المعدة واصابة الاعضاء المجاورة وقد تستمر الندبة مؤلمة بسبب احتباس بعض انتهاآت الفروع العصبية فيها

وأما استحالة القرحة الى سرطان فبعض المؤلفين ينفيها بالكلية (تروسو) والبعض يزعم باحتمال حصولها (بريتون)

(التشخيص) متى وجدت الالام الخنجرية والفقرية بعد تعاطى الطعام وانصرفت بعد القيء أو بعد تمام الهضم وكان القيء مدمما أو مصحوبا بالميلينا وكان مقدار حمض الكلور ايدريك فى العصير المعدى زائدا عن الحد ولم يحس بورم فى المعدة وكان المريض شابا أو كهلا يمكن تقرير تشخيص القرحة الوحيدة للمعدة

ولكن متى كانت الأعراض المذكورة غير تامة أو كانت قليلة الوضوح تلتبس القرحة بأمراض أخرى كالآلام العصبية وسوء الهضم المؤلم وسرطانات المعدة وقرحة الاثنى عشرى وسيروز الكبد والانيميا والسل عند الشابات ويلزم فى هذه الأحوال اعتبار الأعراض الأخرى المميزة لهذه الأعراض والوصول الى التشخيص بطريقة السرد فالآلام العصبية للمعدة مثلا تتصف بتشععها فى الاعصاب بين الاضلاع وتلطيفها بالضغط على المعدة أو بتعاطى الاطعمة ولا يصحبها قيء مدمم واذا كانت هذه

الاوصاف غير كافية دائما الا انها تساعد على التشخيص واذا كانت الآلام العصبية متعلقة بالاتاكسيا واكتسبت أوصاف آلام القرحة المعدية واصطحبت بالقيئ المدمم ايضا يبحث فى المريض عن اوصاف الأتاكسيا الأخرى التى وجودها معين على التشخيص

وسوء الهضم المؤلم لا يزود بتعاطى الاغذية ويتلطف غالبا بالضغط على المعدة ولا يصحبه عادة قيئ دموى وتنتشر آلامه بين الأضلاع غالبا

ويشاهد سرطان المعدة عادة عند المتقدمين فى السن ويتصف بالكاشيكسيا السرطانية وانتفاخ العقد اللنفاوية تحت الترقوة اليسرى وسيره سريع ويحس بورمه بالجس غالبا ويصحبه تناقص حمض الكلورايدريك أو فقده فى العصير المعدى

ويجلس المغص الكبدى عادة بجوار الحويصلة المرارة ويصحبه غالبا قيئ وقشعريرة ويرقان وربما توجد الحصوات الصفراوية فى المواد الثقيلة ولما فى الأحوال التى تكون فيها اعراض القرحة كامنة ويهلك الشخص فجأة أو تحصل عنده اعراض خطرة حمية فانه يتعذر التشخيص وربما التبست الحالة بالتسمم ويحتاج الأمر الى فتح الجثة لأجل تعيين سبب الوفاة

(الانذار) انذار قرحة المعدة ردئ عادة حتى فى الأحوال الخفيفة لأنه لا يؤمن من حصول العوارض الخطرة واذا حصل الشفا يخشى من النكسات ومن عواقب التشوهات المتعلقة بأثر الالتحام

(المعالجة) اهم المعالجة هو اتباع الشروط الصحية فتلزم مراعاة الفراش أو يكتفى بالرياضة الخفيفة ويعتنى بالتدبير الغذائى اللبنى الصرف حتى تلتحم القرحة فيعطى اللبن بمقدار قليل متكرر ويكون ذلك اللبن نيئا أو باردا بعد التغليان أو مدفئا أو منعقدا فى البادى واذا كره المريض اللبن ولم يحتمله يضاف اليه قليل من ماء الجير أو ملعقة من القهوة أو يضاف اليه ماء الجير مع ٢ سنتيجرام من كلورايدرات المورفين أو الكوكايين أو يعطى

يعطى له اللبن البپتونى أو يضاف اليه ماء الزهر أو يستعوض بالأمراق
الجيدة والبيض المرشت أو اللحوم البپتونية بمقدار قليل وقد ترفق بالحقن
المغذية فى المستقيم ولا تنوع التغذية الا فى احوال النقاهة بغاية الأحتراس
ويبتدأ بالرز المدقوق ودقيق الاروروت ثم مسحوق البسكويت ويلزم
اجتناب الحلو والسكر خشية تولد الغازات فى المعدة وتمددها
والمعالجة الدوائية تتعرض للاعراض عادة لأجل تلطيفها خصوصا اذا
كان المرض متقدما وأما الآلام العصبية فيمكن تسكينها بحقن المورفين تحت
الجلد ويوقف القيء بأخذ اللبن بمقدار ملعقة بملعقة على فترات كما فيه
وباضافة المورفين والكوكايين على وجه ماتوضح قبل ويوقف النزيف
بالقوابض كمنقوع كلورور الحديد وبالارجوتين وبأخذ قطع صغيرة من
الجليد أو يعطى مسحوق البزموت والكينو مع الأفيون
ولأجل التأثير على نفس القرحة يوصى بعضهم باستعمال نترات الفضة
أو أوكسيدها وحدها أو مع الصابون الطبى والقلويات ويلزم الامتناع
من تعاطى المسهلات واذا لزم الحال الى الاسهال يعطى زيت الخروع أو
حقنة مسهلة ولا تستعمل المركبات الزيبقية مطلقا ولاجل عدم تحريض
افراز العصير المعدى يوصى بعضهم بالحمية المطلقة وتغذية المريض بالحقن
المستقيمية مدة اسبوعين أو ثلاثة لأن هذه المدة تكفى فى التحام القرحة
تماما أو تقريبا ولكن لا يتيسر اتباع هذه الطريقة ولا تخلو من العواقب
وتساعد الادوية الباطنة بالمحولات الجلدية فتوضع اللبخ حتى تنصرف
علامات الالتهاب وبعدها توضع الحراريق أو المقصا على قسم المعدة أو
توضع على القطن لأجل تسكين الألم الفقرى وبعضهم يوصى بوضع ملعقتين
أو ثلاثة لاجل تسكين الالام الخنجرية
وحيث ان القرحة الوحيدة قابلة للنكسات فتلزم المداومة على الاعتناء مدة
النقاهة وبعد الشفاء ويوصى المريض باجتناب اسباب الضغط على القسم

الشراسيفي فلا يصرح للنساء بلبس المنطقة ويحترس من لبس الحزام ولا يضغط الصورمات على صدره وقت الشغل ويلزم اجتناب جميع المجهودات

(المبحث الخامس في الآلام العصبية للمعدة)

الآلام العصبية للمعدة مجلسها الفروع المعدية للعصب الرئوي المعدي والسمبثاوي وقد تكون ذاتية او تابعية لأمراض أخرى موضعية أو عامة

(الأسباب) الآلام العصبية الذاتية تحدث من تأثير البرد والتعب والافراط الشهواني والافراط في الاشتغال والسهر والحزن واستعمال البهارات القوية والمزاج العصبي مهيئ لها وتظهر الآلام العصبية مصاحبة لسوء الهضم وقرحة المعدة وسرطانها او في الكلوروز والانيميا والاستيريا والاتاكسيا وفي النقرس والتسمم الابلي والسل وامراض الرحم والنخاع الشوكي وغير ذلك

(الأعراض) العرض الاصلي المهم الوحيد هو الألم الذي يظهر على هيئة نوب وتكون النوب عادة غير متعلقة بالهضم ولا بتعاطي الاطعمة فتارة تسبق الأكل بنحو ربع او نصف ساعة وتسكن اذا تعاطى الشخص موادا غذائية وتارة تحصل عقب الأكل بنصف ساعة أو ساعة أو تحصل بعد تمام الهضم ويسبق النوب بجشاء غازي او حمضي أو غثيان ويكون الألم إما قاصرا على المعدة فيحس به في القسم الشراسيفي كتشنج مؤلم ويصحبه قيء متواتر وسخونة أو اغماء أو يكون واخزا أو محرقا او ينتشر بعيدا عن المعدة في الظهر والصدر والأعصاب بين الأضلاع والبطن والأمعاء والمراقين أو ينزل في الحبل المنوي في فروع الضفيرة الشمسية فيتأوه المريض ويتلوى ويبهت وجهه وتنقبض تقاطيعه ويضجر ويغير أوضاعه على الدوام أملا في تخفيف الألم وتستمر النوبة بعض دقائق الى ربع ساعة أو ساعة وقد تتكرر عنده مرارا في اليوم وتعود بعض أيام متوالية وقد يصحبها اضطراب الهضم وفي الغالب تستمر طبيعيا والشهية محفوظة بل ربما تزايدت تزايدا عرضيا بصفة البوليميا أو تضطرب بصفة البيكا والملاسيا

وإذا كانت الآلام المعدية سابقة للاتاكسيا أو متعلقة بها فإنها تكتسب أوصاف الآلام القرحة المعدية الوحيدة وقد يسبق الآلام المعدية ظهور السل الرئوي وتتعلق به

ويتنوع سير الآلام العصبية للمعدة بتنوع أسبابها فقد تكون دائمة مستمرة وقد تكون وقتية وتنصرف بسرعة ولكنها عرضة للنكسات

(التشخيص) تشعع الآلام في الصدر والبطن وحصولها عادة في فراغ المعدة وتسكينها بتعاطي الطعام وبالضغط على المعدة واستمرارها بعد القيء وعدم وجود الدم فيه وعدم زيادة حمض الكلوروايدريك يكفي في تمييز الآلام العصبية الذاتية عن آلام القرحة الوحيدة للمعدة التي فيها الآلام محدودة خنجرية نقرية تظهر بعد الأكل وتسكن بعد تمام الهضم أو بعد القيء وتزداد بالضغط على المعدة والقيء فيها مدمم ومحتوٍ على مقدار وافر من حمض الكلوروايدريك وأما السرطان فآلامه أقل حدة ويصحبه في الغالب ورم يحس به في القسم الشراسيفي وسن المريض والقيء الدموي والكاشيكسيا والاوذيما البيضاء المؤلمة الخاصة بالسرطان دلائل على التشخيص

وتتميز الآلام الروماتزمية لعضلات البطن بكونها سطحية وتزداد بحركات البطن وأما الآلام العصبية بين الأضلاع والمغص الكبدي فإنها تتميز بالاعتناء في تحديد مجلسها والبحث عن النقط المؤلمة للأعصاب بين الأضلاع وعن الألم الكتفي في المغص الكبدي وزيادة حجم الكبد واليرقان والبول المعبر عنه بالكبدي وبقية الأعراض الكبدية

ومتى تيقن تشخيص الآلام العصبية للمعدة يلزم بيان سببها لأهمية ذلك في الإنذار والمعالجة لأنها ربما كانت مسبوقة بظهور السل الرئوي أو الأتاكسيا أو متعلقة بالكلوروز أو الاستيريا أو ذاتية صرفا

(المعالجة) يلزم الاهتمام في معرفة سبب النوبة فإذا كانت ناشئة من فراغ المعدة يكفي تعاطي شيء ولو بسكويتة لأجل تسكينها وقد تسكن

بالضغط على قسم المعدة أو بالرقاد والاستراحة على الظهر أو بتعاطي بعض نقط من حمض البروسيك الطبي أو روح النوشادر العطري بقدر ٣ جرامات أو المانيزيا المكلسة وحدها بقدر جرامين أو مع البزموت اجزاء متساوية أو يضاف اليها واحد سنتي من مورياث المورفين ويمكن تدارك عودتها باعطاء هذه الادوية متوزعة في اليوم أو يعطى ٥ الى ١٠ نقط من صبغة الجوز للقيء وتتابع النوبة الشديدة بوضع مثانة مملوءة بالثلج على قسم المعدة ويحقن تحت الجلد محلول كلور ايدرات المورفين بقدر ٢ الى ٣٠٠. ر سنتي جرام على حسب شدة الآلام وتحمل المريض

وقد تظهر الآلام المعدية بعد الأكل بنحو ساعتين الى اربع وتستمر شدتها بعض ساعات ويعرف حصول نزول الاغذية في الاثنى عشري قبل تمام هضمها واستمرار الافراز المعدي بعدها ويكفي لتسكينها تعاطي مقدار من بي كربونات الصودا أو مزيج البزموت المسكن أو اقراصها أو فنجان من الشاي أو منقوع عطري آخر وحيث انها تصطحب غالبا بالامساك فيمكن اعطاء قمحتين من سلفات الحديد مع قمحة من الصبر و ٣ قمحات من مسحوق عطري بعد كل طعام (ابركورمبي) (تروسو) وأما المعالجة العامة التي يتبعها المريض بين النوب فانها تتعلق بالاسباب فتعالج الأنيميا والخلوروز بالمركبات الحديدية أو الزرنيخية والكينا والادوية المرة ويعالج الاستعداد العصبي والاستيريا بمضادات التشنج كالفاليريانا وبرومور البوتاسيوم والحمامات الباردة ويعالج سوء الهضم بالقلويات والأدوية المرة ويعطى للمريض بعض نقط من صبغة الأفيون أو اللودنم قبل الطعام

ويعتنى بالتدبير الغذائي خصوصا اذا كان تعاطي الأغذية يوجب تحريض الآلام واذا اقتضى الحال تراعى الحمية اللبنية أو النصف لبنية

(المبحث السادس في النزيف المعدي والقيء الدموي)

الغرض بالنزيف المعدي هو النزيف الناشئ من أوعية المعدة الواصل الى تجويفها سواء خرج الدم فيما بعد بالقيء أو بالتغوط أو لم يخرج الى الخارج والتزم بالقيء

بالقيء الدموى هو عرض يتصف بوجود الدم فى القيء سواء كان منشأ الدم نزيفا معديا أو ورود الدم الى تجويف المعدة من منشأ آخر كالأنف أو الحلق أو الرئة (الأسباب) ينشأ النزيف غالبا من الاصابات المعدية الجرحية وآفاتها العضوية كالجرح والرض والالتهاب المزمن والقروح لاسيما القرحة الوحيدة والسرطانات وتمدد المعدة

واسباب احتقان المعدة على العموم ربما تؤدى الى النزيف المعدى كسيروز الكبد وآفات صمامات القلب والالتهاب الرئوى المزمن التى تحدث احتقانا ركوديا فى الدورة الوريدية وكذلك الاحتقان والنزيف الاستبدالى والعوضى عقب انقطاع الحيض والبواسير وآفات الأوعية المعدية كالانوريزما الشرى والدوالى والاتيروم وأمراض الدم كالفورفورا والأسقربوط والأنيميا الخبيثة والخلوروز والحميات العفنة كالتيفوس والجدرى الأسود والحمى الصفراوية الخبيثة

ويحصل النزيف المعدى فى داء برايت عقب توتر المجموع الشريانى والاتيروم وفى آفات الطحال خصوصا الاحتقان الأجامى (الانوى) ولكن لم يثبت ذلك

(الاعـراض) بالنظر لاتساع تجويف المعدة ربما يحصل فيها النزيف ببطء ويبلغ مقدارا عظيما قبل ان يحصل القيء فيسبق القيء الدموى فى هذه الحالة اعراض الأنزفة الباطنة كالقشعريرة وبهاتة الوجه وغطمشة الأعين والدوار والسخفة والاغماء وفى بعض الأحوال لا يحصل القيء بالكلية وينصرف الدم من المعدة فى الامعاء ويخرج بعدها مع الغائط على هيئة تيلينا

وفى احوال أخرى يحصل النزيف فجأة بمقدار مفرط فيستشعر الشخص بورود الدم حارا فى حلقه ويتقايأه حالا أو يحس بقشعريرة وحرارة فى الصدر ومرور الدم على فتحة الحنجرة يوجب السعال أحيانا وفى الحالتين السابقتين ربما يهلك الشخص فجأة أو يقع فى الانيميا بدرجة مختلفة وتختلف أوصاف الدم فى القيء الدموى فاما أن يكون محمرا سائلا اذا

كان مقداره غزيرا ولم يمكث فى المعدة ولم يؤثر عليه عصيرها وإما أن يكون بعضه سائلا والبعض منعقدا على هيئة نوع القهوة أو النيلج الممزوج بالماء عقب تأثير العصير المعدى عليه وقد يكون الدم منعقدا على هيئة جلط كبيرة يصعب على المريض تقايؤها لأنها تحدث عند حركة اختناق حال مرورها بجواد الحنجرة ويشاهد القيء الأحمر بالأكثر فى القرحة الوحيدة للمعدة وأما القيء النيلجى فيشاهد بالأكثر فى سرطان المعدة

ويختلف مقدار الدم فى القيء فاما ان يكون قليلا جدا بحيث يشاهد فى سوائل القيء على هيئة راسب أو مسحوق مسود أو يكون غزيرا جدا حتى أنه يوجب الموت الفجائى عقب اصابة الاوعية الغليظة بالقرحة الوحيدة مثلا أو يكون الدم متوسط المقدار وإنما يتأتى خطره من تكراره

(التشخيص) متى خرج الدم من الفم يلزم التحقيق فى السبب هل هو قيء حقيقى أو نفث دموى غزير مثلا ومتى ثبت أنه قيء دموى يلزم تعيين منشأ الدم هل هو نزيف معدى أو دم ابتلعه الشخص من الخارج اما تصنعا بالارادة أو قهرا بدون ارادته عقب الرعاف والنزيف الشعبى الرئوى الى غير ذلك ويتميز الدم فى النزيف الرئوى باحمراره العلى وكونه رغويا قلوى الفعل وأما الدم الذى مكث فى المعدة فانه يكون مسودا نيلجيا وفعله حمضى

وإذا لم يتبع النزيف المعدى قيء يمكن بقاء المرض بدون تشخيص وتنسب بهاتة الوجه والاغماء اللذان يصحبانها الى سبب آخر وربما تكرر النزيف بهذه الكيفية ووقع المريض فى الانيميا بدون أن يشخص مرضه اذا اهمل الطبيب فى البحث عن المواد الثفلية واستكشاف الميلينا عنده ويندر حدا زوال أثر الدم فى النزيف المعدى بسبب هضمه ولا يمكن حصول ذلك الا اذا كان مقدار الدم قليلا جدا وفى هذه الحالة لا يتيسر تشخيصه

ويلزم الاعتناء باستكشاف آثار الدم فى القيء أو للمواد الثفلية ولو قل مقداره واللون المسود النيلجى أو الشبيه بالقطران الذى يكتسبه الدم فى المواد الثفلية

يدل

يدل على وروده من المعدة أو من الاثنى عشرى لأن دم النزيف المعوى لاسيما القولونى يستمر محمراً ولا تلتبس الميلينا بتلون الغائط عقب تعاطى بعض الادوية كالبزموت والمركبات الحديدية التى تكسب المواد الثقيلة لوناً اردوازياً لا يصل الى درجة سواد الميلينا وتصير المواد الثقيلة جافة صلبة فى الغالب وفى أحوال الاشتباه يبحث عن الدم بطريقة حنب الانبيا أو المنظار الطيفى

ومتى تأكد تشخيص النزيف المعدى يجب تشخيص سببه ان كان آفة معدية كالقرحة الوحيدة أو السرطان أو آفة كبدية كالسيروز أو آفة فى الصمامات أو احتقان عمومى أو استيريا الى غير ذلك والبحث عن سوابق المريض والأعراض المتعلقة بهذه الاسباب تكفى فى تشخيصها

(الانذار) من النادر حصول الهلاك عقب النزيف المعدى حالاً ومع ذلك فان هذا المرض خطر ودرجة خطره تتعلق بسببه وبحالة الصحة العامة للجسم

(المعالجة) متى حصل النزيف المعدى يلزم استراحة المريض واستلقاؤه على ظهره ووضع مثانة الجليد على المعدة واعطاؤه بعض قطع من الجليد يمتصها وتوضع المحاجم على الاطراف ويمنع من الأغذية وتعطى له ليمونة موريانية أو كبريتية غير محلاة أو الماء الكؤلى ويستعمل القوابض كفوق كلورور الحديد وماء رابيل خلات الرصاص بقدر ١٥ ر. الى ٣٠ ر. مع خلاصة الافيون قدر ٢ سنتيجرام وتكرر كل ساعتين أو ثلاث مرة أو يعطى زيت الترمنتينا من ٣٠ الى ٦٠ نقطة كل ست ساعات مرة أو حمض العفصيك قدر ٥٠ سنتى كل ثلاث ساعات مرة مع ١٠ الى ٣٠ نقطة من حمض الكبريتيك فى قليل من الماء ومتى انصرف خطر النزيف يلزم معالجة سببه بما يوافق ولا يلزم معالجة الأنيميا التابعية الا بعد زوال الأعراض الموضعية واستراحة المعدة كى تحتمل تأثير المياه الحديدية والادوية المقوية

(المبحث السابع فى تمدد المعدة)

المقصود بتمدد المعدة اتساع تجويفها سواء رقت جدرها أو غلظت

(الاسباب) الالتهاب المعدي النزلي قد يتسبب عنه ارتخاء وشلل في جدر المعدة فتتمدد بسرعة وربما تصل الى حجم كبير وهذا ما يعبر عنه بالتمدد الحاد وهو نادر ويحصل التمدد في العادة ببطء تدريجيا إما عقب ضيق البواب بورم سرطاني أو بأثر التحام مثلا أو عقب الافراط في الأكل والشرب فلا تقاوم المعدة الضغط الواقع عليها وتنتهي بالتمدد

أو يحصل التمدد عقب الآفات التي يصيب جدر المعدة وتضعف عضلاتها أو تفسدها كالالتهاب المعدي المزمن والنهوكة التي تعقب الامراض الثقيلة كالحمى التيفودية والسل الرئوي وامراض المخ والنخاع الشوكي

ومما يهيئ للتمدد المعدي الكلوروز والأنيميا والضعف العصبي والأستيريا والماليخوليا ويصحب التمدد المعدي غالبا الكلو السابحة

والتمدد المعدي أكثر حصوله من سن ١٥ الى ٤٠ ولكنه ليس نادرا عند الأطفال ويشاهد عند الرجال أكثر من النساء

(التشريح المرضي) المعدة المتمددة تحفظ في النادر شكلها الطبيعي وتتشوه في الغالب ويصل قاعها الى أسفل السرة أو يقرب القوس العاني بحيث يصير اتساعها مقدار ١٠ الى ٢٥ او ٥٠ ليترا أو أكثر وتصير طبقتها العضلية ضخمة أو ترق وتضمر أو تصاب بالاستحالة الشحمية ولا يكون الغشاء المخاطي سليما الا في احوال استثنائية ويكون عادة مصابا بآفات الالتهاب المزمن وتوجد على سطحه انواع فطر عديدة اهمها السارسين

(الأعراض) الشهية في التمدد المعدي إما ان تكون متزايدة أو متناقصة والعطش شديد والامساك مستمر والهضم بطيء صعب ويحصل القيء في الغالب بسهولة وقد يصل مقداره الى بعض ليترات في اليوم من مواد سائلة مخاطية متلونة مرة اللعم ذات رائحة كريهة محتوية على مواد غذائية متعفنة ربما تشاهد فيها بعض الاغذية التي تعاطاها المريض منذ يومين أو ثلاثة ويتسبب من تكرار القيء وخروج السوائل ونقص البول ونهوكة المريض (كوسماول) وقد

يكون

يكون القيء مدمما ويحصل الامساك شيئا فشيئا بدل الأمساك المعتاد
وبالكشف على البطن يرى القسم الشراسيفي بارزا رنانته متزايدة ومتسعة خصوصا متى كان المريض على الخوى وتصحبها غالبا أصمية في القسم الخثلي تحتها (فاج) ومتى رج الجذع رجا جانبيا تسمع له لقلقة تتضح متى عطى للمريض قدر كباية ماء وقد يتغير شكل البطن بدرجة واضحة بحيث يكون بروز في الجهة اليسرى وانخفاض في الجهة اليمنى وبالجس يحس بتقويس قعر المعدة وحافتها السفلى وتقعير الحافة العليا واذا كان جلد البطن رقيقا والطبقة العضلية للمعدة ضخمة يمكن مشاهدة حركات المعدة الديدانية والضد الديدانية فيتكور قعر المعدة ويتجه التكور من اليسار الى اليمين ثم بالعكس من اليمين الى اليسار
ولأجل ايضاح شكل المعدة وتحديد حجمها يمكن تمديدها بحمض الكربونيك بطريقة فريركس وهو ان يعطى للمريض ملعقة صغيرة من حمض الطرطيريك في قليل من الماء وبعدها نعطى له ملعقة ونصف من بي كربونات الصودا في قليل من الماء ايضا ولكن يخشى من هذه الطريقة اذا كانت المعدة مصابة بالسرطان او بالقرحة الوحيدة خشية تمزقها
ولأجل تعيين النقطة التي وصل اليها قاع المعدة يمكن استعمال مجس نيلاتون الذي يلزم ادخاله من الفم لغاية المعدة والاحساس بطرفه بجس جدر البطن وهذه الطريقة تحتاج ايضا الى مهارة واعتناء خيفة ثقب جدر المعدة بطرف المجس وكلما كبر حجم المعدة تضغط على الاحشاء المجاورة ونحوها لاسيما القلب والكبد والرئة والطحال
ومتى كان التمدد للمعدة خفيفا لا يحدث منه اضطراب واضح في الهضم ولكن متى تزايد ولزمن فانه يصحبه سوء الهضم بدرجات مختلفة مع تألم في القسم الشراسيفي وعطش زائد لان المعدة المتمددة لا تمتص السوائل وفواق غازي او حمضي يحتوي على كثير من غاز الاحتراق حتى انه ربما يشتعل متى قرب من اللهب ويتكرر القيء وتبطئ التغذية وتحصل النهوكة والنخافة ويقع المريض

فى الانيميا والكاشيكسيا وتتضاعف الاعراض عند بعض المرضى بالماليخوليا والدوخان والخفقان وتقطع النبض وقد تحصل نوب صرعية أو تقلصات مختلفة أو شلل أو أعراض شبيهة باعراض التسمم البولى ينسبها بوشار الى امتصاص السموم العفنة التى تنشأ من تخمر المواد الغذائية فى المعدة وتضاعف تمدد المعدة كثيرا بالروماتيزم العقدى للأصابع وانكماش عضلاتها القابضة (بوشار)

(التشخيص) تشخيص تمدد المعدة لاصعوبة فيه باعتبار الاعراض المخصوصة التى وضعناها آنفا وانما يلزم تتميم التشخيص بتعيين اسبابه

(الانذار) تمدد المعدة مرض ثقيل تتعلق عاقبته بالسبب الذى أحدثه كضيق البواب السرطانى وفى الأحوال الحميدة لايؤمن الشفاء التام المستمر

(المعالجة) معالجة التمدد المعدى تشتمل على وسائط موضعية وعامة أما المعالجة الموضعية فالغرض بها تخليص المعدة من متحصلها العفن الفاسد ثم تدارك فساد الأطعمة الجديدة

اما تفريغ المعدة فيفعل بواسطة المجس المعدى أو المص والمجس المعدى يكون مرنا طوله نحو متر يركب على طرفه قمع من الزجاج فيدخل المجس حتى يصل الى المعدة ويصب فى القمع الماء القراح او القلوى أو الكؤولى ثم ينكس القمع فوق الماء ليستقبل السائل الذى يخرج من المعدة بنفسه تبعا لقاعدة المص الطبيعية واذا وقف سيلان السائل بسبب انسداد المجس يؤمر المريض بالسعال أو بحركة او يضغط على قسم المعدة أو يضغط بسرعة على نفس المجس فان ذلك قد يكفى لتسليكه واذا لم يسلك يصب فيه ماء جديد ثم يفرغ ثانيا

واذا كان متحصل المعدة كثيفا يلزم صب الماء بمقدار كبير فى المعدة لأجل ميوعته ولكن تلزم الدقة فى تقدير الماء الذى يخرج فيما بعد بواسطة المجس ومقارنته بمقدار الماء الذى صار استعماله لأجل اجتناب امتلاء المعدة بدلا من استفراغها ويتسبب عادة من ادخال المجس أول مرة تعب ويضطرب المريض أو ينفعل

مجهودات

مجهودات قيء أو يحصل عنده اختناق وخفقان أو دوخان وطنين في الاذنين أو بعض انقباضات عضلية محدودة ولكن يتعوض على الجسم كلما تكرر وضعه ويستصوب غسل المعدة صباحا على الريق ويكون الماء المستعمل في درجة ٣٠ ويرجح الماء القلوي المحتوي على ملح كاربوناة الصودا (ملعقة قهوة في ليتر ماء) أو ماء فيشي ويستمر الغسل حتى يخرج الماء قلوي الفعل وبعدها يمكن تتميم الغسل بمحلول مضاد للعفونة كالريزورسين ($\frac{1}{100}$) وساليسيلات الصودا ($\frac{1}{100}$) والكريوزوت والبترول وحمض الفنيك وفوق منجنات البوتاسا

وتغسل المعدة كل يوم ابتداء ومتى تحسنت المعدة وتناقص فساد الاطعمة تبعد المسافات بالتدريج وأما الجسم المزدوج وطلوعية المعدة فإنها مضاعفات يمكن اجتنابها

ويعقب غسل المعدة عادة استراحة المريض بحيث انه يطلب اجراءه بالحاح وبعد اجراء عملية الغسل يلزم ترك المريض الاستراحة في الفراش ولا يصرح له بتعاطي الطعام الا بعد مضي بعض ساعات والاصوب انه يتعاطى قليلا من اللبن أو نحوه من الاغذية السهلة بمقدار قليل كل ساعتين مرة

وبعضهم يوصي بوضع مثانة من الجليد المجروش على قسم المعدة بعد غسلها والبعض يوصي بحقن الارجوتين أو نترات الفضة أو الاستركنين تحت الجلد أو تكهرب المعدة قبل تعاطي الاطعمة

وعلى كل حال يلزم الاعتنا في التدبير الغذائي وتفضل الحمية اللبنية عند اللزوم أو الحمية الجافة ويمكن استعمال اللبن المبرد بالجليد ويجتنب تعاطي الحلو والنشويات على العموم ولاجل تقوية المعدة تعطى القوابض المرة وصبغة الجوز المقيئ ولاجل سهولة الهضم يعطى للمريض حمض المورياتيك (١٠ نقط في كباية ماء صغيرة) بعد الطعام بمدة ساعة ويعطى له قبل الطعام بساعة مسحوق من حمض الساليسيليك (١جم) أو الريزورسين (٠٫٣٠)

وباتباع هذه المعالجة بانتظام تتحسن صحة المريض العامة ويغزر افراز البول

ويستفرغ التبرز ويرتفع قاع المعدة الى أعلى
وأما المعالجة العامة فتعرض الأنيميا والاستعداد العصبي واهمها حينئذ
الاستحمام بالماء البارد والسكنى على شواطئ البحار ويمكن المريض المداومة
على غسل المعدة وحملة اقامته في تبديل الهواء
وأما المعالجة الجراحية التي يقصد بها توسيع فتحة البواب أو استئصاله
فسنذكرها في سرطان المعدة
(المبحث الثامن في سرطان المعدة)
سرطان المعدة مهم وليست اهميته بالنسبة لخطره فقط بل بالنظر لكثرة
حصوله ايضا لأنه يأتي عند الرجل غالبا قبل سرطان المستقيم وعند المرأة
قبل سرطان الثدي والرحم
(الاسباب) سرطان المعدة يكون في العادة أصليا بخلاف سرطان الكبد
ويصيب الرجال أكثر من النساء وبعد سن الاربعين أكثر من سن الشبوبية
وللوراثة دخل كبير في الاستعداد له والحزن المستطيل مهيئ له وقد يعقب
الاسباب الجرحية كالصدمات على القسم الشراسيفي
(التشريح المرضي) انواع السرطان النخاعي والاسكيروس والصمغي والبشري
ذو الخلايا الاسطوانية يمكن مشاهدتها في المعدة ويكون مجلسها بالأكثر
في البواب ثم في القوس الصغير والفؤاد ثم في الوجه الخلفي والمقدم وفي القوس
العظيم ويكتسب السرطان في المعدة هيئة الأورام والقروح أو يكون مرتشحا
في جدر المعدة في امتداد كبير أو صغير وقد تكون القروح والارتشاحات
السرطانية عريضة غير منتظمة أو حلقية أو مستطيلة حول البواب والفؤاد أو
مستطيلة بطول القوس الصغير
ويكتسب السرطان في البواب الشكل الحلقي غالبا ويكون في العادة محدودا باتجاه
الاثنى عشري ومستداخلا جهة تجويف المعدة ويضيق وجدرها بالتدريج ويتسبب
عنه ضيق فتحة البواب جدا بحيث لا تسع طرف الأصبع الابصر وقد لا
يمكن

يمكن ادخال القثاطير المعتادة فيها ويكون الغشاء المخاطي في حذائها محمرا سميكا أو عديم الاستطام عقديا أو يكون سطحه خمليا ويكون في الغالب متقرحا بقرحة كثيرة الامتداد أو حلقية

وبشق جدر المعدة في حذاء البواب يوجد الغشاء المخاطي سميكا جدا حتى أنه قد يكون ثلثي الجدر وحده والطبقة العضلية تحته ضخمة ايضا بدرجة مختلفة والياقها باهتة ومتبددة ومرتشحة بالسرطان وبالنسيج الخلوي الحديث التكوين ويتكاثف النسيج الخلوي تحت الطبقة العضلية أيضا ويرتشح هو والغشاء المصلي بالسرطان وقد يكون البريتون سليما أو محمرا وفيه آفات الالتهاب الالتصاق أو يكون متقرحا ايضا

وأما في قوس المعدة وسطحها فان السرطان يمتد عادة في العرض على هيئة بقعة أو شريط أو ورم بارز أو قليل التحدب وتضيع حافته بالتدريج في جدار المعدة أو يكون متقرحا وتختلف اوصاف القرحة باختلاف نوع السرطان وقد يتسبب عنها تآكل جدر المعدة أو ثقبها ولكن حصول تقرح الأوعية هنا أقل منه في القرحة الوحيدة للمعدة ومتى كان مجلس السرطان فتحة الفؤاد فانه يمتد غالبا الى المرئ ويصيب طرفه المجاور

ومتى أصيب البريتون يحصل التهاب التصاقي ويمتد السرطان من المعدة الى الاعضاء المجاورة بواسطة الأوعية الدموية واللنفاوية فيصيب الكبد والثرب والبنكرياس والرئة والكلا والطحال والقص والفقرات أو تحصل نواسير بين المعدة والجزء الأول من الاثنى عشرى أو بينها وبين القولون المستعرض وقد يحصل ناسور معدى جلدى يعقب تقرح جدر البطن في القسم الشراسيفي أو بجوار السرة وقد يكون الناسور أعور معديا أو جلديا ويصحب السرطان المعدى دائما انتفاخ العقد اللنفاوية المساريقية وارتشاحها السرطاني

ثم ان السرطان يبتدئ عادة بالمنسوج الخلوي تحت الغشاء المخاطي والطبقه

المفردية المجاورة له فتحصل فيها ضخامة وتستطيل الغدد وتنمو في المنسوج الخلوى وتتباعد عن بعضها وتفسد بالارتشاح السرطانى الذى يمتد بعد ذلك الى الطبقة العضلية فتحصل فيها ضخامة وتتهتك اليافها وتنفصل عن بعضها عقب ذلك كما فى المنسوج الخلوى والخلايا السرطانية وتنتهى بالاضمحلال وأورام المعدة السرطانية اما ان تكون وحيدة أو متعددة وتختلف حجمها فى زيادة الأسترومة الليفية أو زيادة الخلايا الرخوة فى نسيج الورم باختلاف قوامه فيكون أكبر حجما والمرئى قواما وأكثر وعائية ويكون العصير اللبنى فيه متزايدا فى النوع النخاعى ويكون أكثر صلابة فى النوع الاسكيرى ويكون الغشاء المخاطى فوق الورم اما متكاثفا ثخينا أو متقرحا وتختلف أوصاف القرحة ايضا باختلاف نوع السرطان فتكون فى النوع الاسكيرى بطيئة السير وازرارها اللحمية ووعائيتها قليلة وتكون فى النوع البشرى سطحية وأما فى النوع النخاعى فتكون عريضة غير منتظمة وسطحها مغطى بازرار محمرة رخوة تدمى بسهولة وحافتها منقلبة وازرارها اللحمية نامية ومحتوية على مقدار زائد من العصير اللبنى السرطانى وقد تنفصل الازرار اللحمية وتسقط وتنكشف الطبقة العضلية تحتها منتهكة أو يحصل انثقاب جدر المعدة كلها وتتآكل الأوعية فى طريقها وتعقب ذلك عوارض التهابية وأنزفة خطرة

وقد ينشأ هذا النوع الخملى السرطانى فى المعدة فيرى سطحها مغطى بخمل وردى وكل خملة متكونة من وعاء مركزى محاط بالخلايا السرطانية وهذا الخمل يدمى ويتجدد بسهولة ولكن هذا النوع أكثر حصولا فى المثانة وأما النوع الصمغى فانه لا يتقرح الا نادرا وانما يرتشح فى جدر المعدة ويصل الى البريتون ويمتد على سطح كبير او يكتسب سماكة زائدة بدون ان تتكون منه اورام

ثم ان وجود السرطان فى المعدة تتسبب عنه افات تابعية مختلفة فاذا كان

مجلسه

مجلسه البواب فانه يتسبب عن ضيقه تمدد المعدة الذى يختلف باختلاف درجة الضيق وسهولة مرور المواد من فتحته أو صعوبتها

وأما اذا كان مجلس السرطان فى فتحة الفؤاد فانه يتسبب عنه ضمور المعدة وتمدد المرئ اعلا لنقطة المصابة واذا كان مجلس السرطان القوس الصغير بين فتحتى الفؤاد والبواب فانه بانكماشه يوجب تقارب الفتحتين من بعضهما واذا امتد من القوس الصغير الى سطح المعدة المتقدم والخلق فانه يوجب تقاربهما من بعضهما الى درجة التلامس تقريبا فلا يكاد يشاهد التجويف المعدى بينهما

(الاعراض) قد يسبق ظهور السرطان بمسافة بعض أشهر أو سنتين مع كون الشخص متمتعا بظواهر الصحة التامة حصول انزفة خفيفة معدية تشبهها (تروسو) بالانزفة الرئوية السابقة للدرن الرئوى ويمكن نسبتها لاحتقان وهشاشة الاوعية الدقيقة

وأما الاعراض الابتدائية للسرطان فلا انتظام لها وتشبه اعراض سوء الهضم البسيط غالبا فتضعف الشهية ويحس بتعب خفيف فى القسم الشراسيفى بعد الأكل ويعقب الأكل تجشؤ حمضى ثم يزداد التألم وتفقد الشهية ويتحول المريض وتضعف قواه ويبهت لونه فاذا شوهدت هذه الأعراض عند شخص زاد سنه عن الاربعين وكان عنده استعداد وراثى ربما يشتبه فى نوع المرض وقد تستمر هذه الحالة عدة اسابيع أو أشهر مع تزايد الألم واكتسابه مدة ليس لها علاقة بتعاطى الطعام ولا تتصل الى حدة ألم القرحة الوحيدة ولا تكون ثابتة بقرب النتوء الخنجرى ولا فى الفقرة الأولى القطنية بل يكون الألم فى الغالب أصميا أو نخسيا محدودا على قسم المعدة أو متشععا نحو الظهر والمرفقين ثم يتضاعف بالقيئ

وأما القيئ فانه لا يحصل عادة الا اذا تقدم المرض أو لا يشاهد بالكلية وقد يظهر القيئ مبادرا ويستمر مع تقدم السرطان ويكون ابتداء من مواد مخاطية مختلطة باغذية غير تامة الهضم أو يكون مائيا ولا يكون

صفراويا الا فى احوال استثنائية ويحصل صباحا أو فى أثناء النهار ويعقب القئ تعاطى الأطعمة بسرعة اذا كان مجلس السرطان فى الفؤاد أو قريبا منه ويتأخر عن الطعام ببعض ساعات اذا كان مجلس السرطان فى البواب ومتى تقدم المرض يصير القئ مدمما ولكن حصول النزيف المعدى الغزير نادر فى السرطان بالنسبة لكثرته فى القرحة الوحيدة للمعدة وفى الغالب يكون الدم مسودا كتفل القهوة أو النيلج المعلق فى الماء بسبب تأثير العصير المعدى عليه وقد يكون مقداره واهيا فلا يعلم وجوده فى مواد القئ الا بالبحث المدقق عنها وبعض الدم ينفذ فى الأمعاء ويخرج مع المواد الثقيلة على هيئة ميلينا وقد تشاهد الميلينا وحدها عند بعض المرضى بدون قئ مدمم وينشأ النزيف المعدى من اصابة الأوعية بالقرحة السرطانية ولذلك يتأخر ظهوره فى السرطان ولانصابة الأوعية الغليظة الا نادرا

ويصحب السرطان المعدى عادة امساك مستمر ويزداد سوء الهضم وتمدد المعدة كلما زاد ضيق فتحة البواب مالم يكن ناسور بين المعدة والاثنى عشرى يوجب تصريف المواد الغذائية بسهولة بعد هضمها واما اذا تكون الناسور بين المعدة والقولون المستعرض فيعقبه نزول المواد الغذائية فى الأمعاء الغلاظ وحصول اسهال ليانتيرى ونفوذ الغازات وبعض المواد البرازية فى المعدة فيزيد اضطراب الهضم ويكتسب النفس رائحة الغائط ويمكن الاستدلال على وجود هذه المضاعفة باعطاء المريض أغذية ملونة بالعصفر أو الدودة مثلا وينتظر خروجها بالتغوط بعد مضى بعض ساعات منهضمة بدرجة غير تامة وواضحة التلون

وقد يكون السرطان كامنا بحيث لا يشاهد سوء الهضم ولا القئ عند المريض ويحصل ذلك خصوصا اذا كان مجلس السرطان فى فتحة الفؤاد أو فى الطرف السفلى من المرئ وفى النادر متى كان السرطان فى القوس العظم (وانسون) وقد لا يشاهد اضطراب خفيف فى الهضم وعلى كلا الاحوال تحصل الأعراض العامة

العامة كالنحول والضعف وبهاتة اللون ويستدل عنها على وجود آفة خبيثة قد يمكن الوقوف عليها بدوام الاعتناء فى البحث عن المريض

وأما العلامات الطبيعية لسرطان المعدة اعنى العلامات التى يستشعر بها الطبيب بالنظر والجس والقرع فيلزم البحث عنها دائما متى حصلت الشبهة فى المرض فيلقى المريض على ظهره بالراحة بحيث يكون كتفاه منخفضين قليلا و تثنى ركبتاه ويؤمر بالتنفس بفمه ببطئ ويتأمل الطبيب حينئذ فى قسم المعدة ربما يجد فيه بروزا أو تحدبا خفيفا ثم يفعل الجس باليد وقد يحس بالورم بسرعة وفى الغالب تلزم زيادة التأنى خصوصا متى انقبضت العضلة المستقيمة للبطن وتوترت فانه لا يحس بشئ تحتها فيلزم تحويل فكر المريض بالتكلم معه كى تسترخى عضلاته وتوضع راحة اليد على البطن بلطف بشرط أن لا تكون اليد باردة وتبقى اليد ساكنة برهة فوق جدر البطن تابعة لحركات الارتفاع والانخفاض التنفسية ثم يبتدئ بضغط خفيف يزداد تدريجا حتى يتم الجس حسب اللزوم وانما يحترس الطبيب فى ملازمة جدر البطن باليد مدة الجس كلها ولا يضغط عليها بالأنامل فجأة لاجل عدم تنبهها وحيث أن المعدة المصابة بالسرطان تتألم عادة بالضغط عليها فيجب تخفيف الضغط مدة الجس بقدر الامكان

وينشأ من سرطان المعدة حصول ورم فى القسم الشراسيفى يختلف حجمه ووضعه باختلاف مجلسه ويكون فى العادة متحركا ويسهل الوصول اليه متى كان مجلسه القوس العظيم أو قعر المعدة أو فتحة البواب بخلاف اورام القوس الصغير والفؤاد فانها تكون فى الغالب ثابتة ومختفية

اما سرطان البواب فيمكن تحديد أورامه عادة من كل الجهات ماعدا الجهة اليسار التى تضيع بالتدريج فى المعدة ويختلف حجمها من قدر الجوزة الى البرتقالة ويحس به أعلى السرة وعلى يمينها بقليل لأن البواب ينزل عن وضعه الطبيعى خلف الفص اليسارى للكبد بسبب ثقل الورم السرطانى عليه وضغطه الى

أسفل وبسبب ضغط المنطقة عليه عند النساء (بريتون) ولكن متى التصق الورم السرطانى بالاعضاء المجاورة فان البواب يثبت فى محله بعدها وقد يصل البواب اسفل السرة أو فى الحفرة الحرقفية اليمنى أو فى الحوض ويثبت هناك بالتصاقه مع الامعاء أو الرحم والمثانة (فوكس)

والورم السرطانى للمعدة على العموم وسرطان القوس العظيم على الخصوص قد يتغير وضعها على حسب امتلاء المعدة وفراغها ويظهر أنه يختفى مدة الشهيق القوى ولكن قد يتهيأ حصول الاختفاء هنا عقب انجذاب جدر البطن الى اعلا مع الأضلاع

وقد يختفى الورم السرطانى شيئا فشيئا بعد الاحساس به وبسبب ذلك اما التمدد للمعدة أمامه أو لتغطيته بالقولون المستعرض وقد يتأتى الورم السرطانى من نبضات الأورطى تحته بحيث انه ربما يلتبس بانوريزما الأورطى

وبالقرع على الورم السرطانى توجد أصمية واضحة اذا كان حجمه كبيرا وأما اذا كان صغيرا فان اصميته تغطى بالرنانية المجاورة

وأما الاعراض العامة للسرطان المعدى فانها تتصف بفقد الشهية وكراهة الأطعمة لاسيما اللحوم وفقد القوى وتقدم النحول وحصول الاسهال بعد الامساك الابتدائى وبهاتة الجلد واكتسابه لون التبن وجفافه وتلينته وضعف القوى العقلية وظهور الكاشكسيا السرطانية وارتشاحاتها الاوذيماوية فى البطن والاطراف والبول الزلالى والاوذيما البيضا المؤلمة الوريدية الأصل ونحو ذلك ولا تشاهد الحمى مع هذه الأعراض الا نادرا وفى كثير من الأحوال يحتوى البول على الانديكان اى مادة نيلية يعرف وجودها بالتلون بالاحمر الازرق المحمر او الأزرق الغامق متى وضع فى كوبة مقادير متساوية من البول وحمض الكلورايدريك واضيف الى ذلك من نقطة الى ثلاثة من محلول كلورور الكالسيوم المركز

ويتضاعف سرطان المعدة غالبا باصابة الكبد فتنضم اعراض سرطانه الى الاعراض

الاعراض السابقة أو يضغط سرطان المعدة على الوريد الباب أو يمتد الى البريتون وهذا ما يساعد على حصول الاستسقاء الذى فى زيادة سائله للعمل (المدة والانتهاء) تختلف مدة سرطان المعدة فاذا اصيب البواب او الفؤاد فتكون فى العادة من بعض اشهر الى سنة ونصف واما اذا كان البواب والفؤاد سليمين بحيث يمكن مرور الاطعمة فان مدة السرطان ربما استطالت الى بعض سنين وتقصر المدة اذا كان سن المريض تحت الثلاثين

ويحصل الموت اما من تقدم الكاشيكسيا والفقد الدموى أو من امتداد السرطان فى الاعضاء الأخرى كالكبد والبريتون والبنكرياس واما ثقب المعدة والالتهاب البريتونى الحاد والنزيف الغزير فانها عوارض أقل حصولا فى سرطان المعدة منها فى قرحتها الوحيدة

(التشخيص) تشخيص سرطان المعدة صعب فى كثير من الأحوال وقد لا يتوصل الطبيب الا الى الحكم بالشبهة فيه فقط وقد تكون اعراضه كامنة او محصورة فى أعراض سوء الهضم البسيط بدون قىء ولا نزيف معدى ولا اورم وعما قليل تظهر اعراض الكاشيكسيا فاذا كان سن المريض قد جاوز الاربعين أو الخمسين يمكن الحكم بالشبهة انه مصاب بالسرطان

وغلغمونى المترب أو الغلغمونى حول السرة اذا اشتبه بسرطان المعدة فان تكون الخراج ووجود الحمى وعدم ظهور اعراض الكاشيكسيا يرفع الالتباس

ويتميز سرطان المعدة الواصلة اليه نبضات الأورطى عن الانوريزما الشريانية بعدم تمدده وفقد النفخ فيه وبالعلامات الأخرى التى سبق شرحها فى انوريزما الأورطى البطنية

وقد يكون سرطان المعدة كامنا ولكنه يمتد الى الكبد بسرعة وتظهر اعراضه فيه بشدة بحيث تغطى على اعراض سرطان المعدة الأصلى ويموت المريض قبل تحقيق التشخيص

وقد يكون سوء الهضم مصحوبا باعراض الكاشكسيا السرطانية لكن مجلس السرطان فى الترب أو البنكرياس او فى العقد المساريقية الا أن القيء المدمم وتمدد المعدة يختصان بسرطانها دون الآفات المذكورة والاوذيما البيضا المؤلمة وان كانت كثيرة الحصول فى سرطان المعدة الا انها ليست خاصة به لأنها نشاهد فى الكاشيكسيا السرطانية على العموم لكنها متى حصلت عند شخص مشتبه فيه باصابة المعدة فانها تساعد على تعيين التشخيص وكذلك نقص البولين فى البول (رومليه) وزيادة خواص البول السمية تنسب للسرطان على العموم وتعين تشخيص مجلسه فى المعدة اذا كانت الاعراض تعلن بالشبهة فى اصابتها ومع ذلك فعلامات البول المذكورة ليست مثبوتة

وتمييز سوء الهضم البسيط عن سرطان المعدة وان كان سهلا فى بعض الاحوال باعتبار القيء والورم والكاشيكسيا الا انه قد يتعذر احيانا متى كان سوء الهضم متقدما واوجب نهوكة الشخص المفرطة

وفى احوال اخرى تدل الأعراض على اصابة المعدة بآفة خبيثة وانما يتحير فى التشخيص بين السرطان والقرحة الوحيدة وتمييز الآفتان عن بعضهما او لا بسن المريض فاذ كان شابا فالقرحة وان كان شيخا فالسرطان أقرب للعقل ثم ان الآلام لها اوصاف مخصوصة فى القرحة وكذا النزيف الغزير المبادر ربما ينسب الى القرحة وأما نزيف السرطان فيحصل متأخرا ويكون فى العادة خفيفا مسودا كالنيلج ومدة المرض فى القرحة اطول عادة بحيث اذا كان الداء قد دام مدة ١٨ شهرا أو سنتين ولم تصحبه الكاشيكسيا السرطانية يمكن الحكم بالقرحة عادة ومتى ظهر الورم السرطانى مأوصافه السابقة الذكر يتعين التشخيص زيادة ولكن قد تشاهد فى القرحة المعدية سماكة الحواف والاندماج بحيث تلتبس بالسرطان خصوصا اذا كان مجلسها البواب واذا التحمت تعقبها ندبة توجب ضيق فتحة البواب وتعقب ذلك

اعاء

امراض توجب الشبهة في التشخيص
وعلى كلا الاحوال فان اعراض السرطان المعدي كلها اذا سردناها على انفرادها كالالام والقيء البسيط و القيء الدمم والنزيف المعدي والاورام وسوء الهضم والأعراض العامة ربما لا يتحقق التشخيص الا في احوال مخصوصة وباجتماعها يسهل التشخيص غالبا
وقد زعم بعض المؤلفين (فان دين ويلدين) ان سرطان المعدة يتميز بفقد افراز حمض الكلورايدريك ومن المعلوم ان الحوامض العضوية تشاهد في مبدأ الهضم (غليك وبنيك) في العصير المعدي وحدها وبعد نصف ساعة تقريبا يبتدئ ظهور حمض الكلورايدريك مع الحوامض العضوية ثم تنقص الحوامض العضوية ويبقى حمض الكلورايدريك وحده (ايوالد) فيقال ان افراز حمض الكلورايدريك يمتنع اذا كانت المعدة مصابة بالسرطان ويعلم ذلك باعطاء المريض تدبيرا غذائيا مخصوصا وبعد مضى ٤ الى ٥ ساعات اى متى وصل الهضم الى الدرجة الثالثة الموافقة لامتصاص الحوامض العضوية من العصير المعدي يستخرج الكيموس بواسطة ممص او بواسطة اسفنجة ثابتة في مجس مرئى او بواسطة انبوبة فوشية وبعد ترشيحه يبحث فيه عن حمض الكلورايدريك بجواهر الكشافة وهي الميتيل البنفسجي واحمر القونغو والأخضر اللماع وانما لا يحتاج الحال الى التطويل في هذه المسئلة لان المشاهدات اثبتت عدم صحتها وشوهد وجود حمض الموريا تيك في عصير المعدة المصابة بالسرطان وشوهد فقده في بعض النزلات المعدية البسيطة ولا يمكن الارتكان على نتيجة الجواهر الكشافة المذكورة في اثبات وجود حمض للوريا تيك أو عدمه (فاج)
ولا يكون تشخيص سرطان المعدة وحده بل يلزم تعيين مجلسه بقدر الامكان اما سرطان الفؤاد والقوس الصغير فانه يعسر الوصول اليه بالجس
بو سرطان الفؤاد يمتد عادة الى طرف المرئ ويتسبب عنه ضمور المعدة

وتمدد المرئ بسبب وقوف الأغذية فى المرئ فى حذاء فتحة الفؤاد الضيقة
وعدم وصولها الى المعدة وبالجس للمرئ ذى الزو الزيتونى يمكن تحديد
موضع الضيق ودرجته وفى هذه الحالة يحصل القيئ بعد الأكل بقليل
واما سرطان البواب فانه يوجب تمدد المعدة بسبب تراكم الاغذية فيها وعدم
امكان المرور من فتحة البواب الضيقة وينتهى الأغذية بالخروج بالقيئ
بعد الأكل ببعض ساعات ويمكن الاحساس بالورم السرطانى وتحديده بسهولة
بالجس عادة وتظهر الاعراض هنا بسرعة بسبب اضطراب التغذية الذى
يبعث على تقدم الكاشيكسيا السرطانية
واما سرطان القوسين المعديين وسطحى المعدة الذى لم يصل الى فتحتيها فانه
يتميز بسيره الاقل سرعة وحصول الاضطراب الهضمى والكاشيكسيا
ببطء بسبب استمرار التغذية نوعا ويتميز الورم السرطانى للقوس العظيم
بسهولة الوصول اليه عادة بالجس وزيادة تنقله تبعا لفراغ المعدة أو امتلائها
(الانذار) انذار سرطان المعدة خبيث دائما وينتهى بالموت وانما يختلف الخطر
باختلاف سن المريض ومجلس السرطان طبقا لما ذكرناه
(المعالجة) المعالجة فى سرطان المعدة لاتكون الاعرضية ضرورة والغرض منها
مساعدة التغذية ومداركة سوء الهضم بالاعتناء فى التدبير الغذائى وانتخاب
الاغذية السهلة الهضم او الاقتصار على الحمية اللبنية أو تعاطى مسحوق اللحم
أو الشوكولاتا أو الكوكاو فى اللبن ويستعان على الهضم بالقلويات وبقية
الأدوية التى سبق ذكرها فى مسئلة سوء الهضم
ويعطى للمورفين والكوكايين والكورايين فى قليل من ماء الجير ضد الآلام
(ماء جير ١٠٠ جم كلورايدرات المورفين ٠٫٠٢ أو الكورايين ٠٫٠١ والكوكايين
٠٫٣٠) قبل الأكل أو تعمل الحقن المورفينية
وضد القيئ تعطى قطع الثلج ويؤخذ الطعام السائل مثلها فى حيثية شوند ره
بمقدار قليل فى المرة أو تتبع الحمية اللبنية واذا اصطحب القيئ بتمدد المعدة يعمل
الغسيل

الغسيل المعدة بالحمض وتستعمل المحلولات القلوية (٢ جم من كربونات الصوديا في ليترماء) أو المضادة للعفونة كحمض الفنيك (١ جم في الميتر) والكلورال (٥ في الميتر)

واذا كانت الشهية مفقودة يمكن تغذية المريض بالجس المرئى واذا كانت فتحتا المعدة أو احداهما ضيقة جدا تفعل الحقن المسقية المغذية (كوبة لبن يضاف اليها صفار بيضة او اثنين وملعقتا بپستون سائل أو يعوض اللبن بالمرق)

وفي الزمن الأخير التجأ الحال الى فعل المعالجة الجراحية لأجل توسيع فتحة البواب الضيقة أو استئصال ورمه أو توصيل المعدة بالاثنى عشري (بيلروت ميلاو داكوستا پيان سان الخ) وان كانت هذه العمليات خطرة جدا الا أنه قد شوهدت من بعضها فائدة في استطالة حياة المريض

(الفصل الثالث في أمراض الأمعا)

امراض الأمعا تشتمل على الالتهاب والتقرح والنزيف والدوسنطاريا والانسداد والسرطان والدرن والزهري والديدان والآلام العصبية أي المغص ولكون المغص والامساك والاسهال تعد من الأمراض العامة يلزم الابتداء بشرحها فنقول

(اولا في المغص)

المغص ″ يعبر عنه بآلام الأمعا وتشنجها وهو يتعلق اما بأسباب موضعية وهو الغالب أو يكون ذاتيا عصبيا متعلقا بالمراكز العصبية أو بالافعال المنعكسة

(الاسباب) منها تجمع المواد الثقيلة وتجمدها داخل الامعاء وقد يشاهد ذلك عند الأطفال حديثي الوضع متى احتبس العقى عندهم وقد يحصل المغص أيضا عقب التهيج الميخانيكي الذي يحدث من وجود اجسام غريبة في الامعاء كالديدان والفواكه الغضة والتخمة المعوية عقب استعمال الماء المثلج مثلا عند بعض الاشخاص أو أكل بعض الاسماك أو القواقع والخضروات خصوصا اذا كان المضغ غير تام ووصلت الاطعمة الى الامعا على هيئة

اجزاء صغيرة واذا اصطحب المغص هنا بانتفاخ الأمعاء بالغازات يقال له المغص الهوائي ويمكن مشاهدته ايضا عند الاطفال عقب تعاطي الألبان والأمراق التي تخمر في القناة الهضمية

وينشأ المغص التسممي من تعاطي بعض السموم كالرصاص والنحاس أو بعض المسهلات كالسنامكي

والمغص العصبي يمكن مشاهدته في الاستريا والماليخوليا والضعف العصبي العام وفي التابس ويشاهد المغص بفعل منعكس في امراض الرحم والمبيض والكبد والكلا وقد يتعلق المغص بالروماتيزم أو النقرس أو يعقبه تأثير البرد على الجسم

(الأعراض) يتصف المغص بآلام في البطن يحس بها المريض بجوار السرة أو تتشعع أعلا السرة وفي الخاصرتين الى الظهر وفي أسفلها الى غاية الصفن أو الجزء العلوي من الفخذين ويأتي المغص على نوب في العادة فيبتدئ خفيفا ثم يشتد شيئا فشيئا حتى يصل الى درجة قوية ثم يزول بالتدريج كما ظهر ويختلف حالة وقد تشتبه الآلام بالتمزق أو النزع كأن الامعاء متقطعة بسكين أو منتهكة بالهرس أو مضغوطا عليها بقوة زائدة بحيث يتلوى الشخص من شدة تألمه او يتمرغ في الأرض أو يرقد على بطنه مرتكزا على يديه او يضغط عليها بكل ثقله فوق الوسادات أو ظهر الكرسي أو يقعد القرفصة مؤملا الاستراحة بذلك من آلامه ويتأوه على الدوام ويبهت وجهه وترى على سحنته هيئة الفجر لا الهبوط ويتغطى الجلد بعرق بارد ويبطئ النبض عادة ويصير صلبا ويبقى المغص مدة بعض دقائق أو ثوان وتخف النوبة ولكنها في الغالب تعود بسرعة بعد فترة قصيرة أو مستطيلة وقد تتعاقب بعض ساعات

وفي مدة المغص اما ان تنقبض الجدر البطنية وتنقص وتصير صلبة بحيث تستشعر اليد بالعضلات المنقبضة على هيئة عقد متيبسة واما ان تنتفخ

بالغازات

بالغازات وحينئذ يمكن مشاهدة حركات الأمعا الديدانية وتصحبها قراقر يسمعها المريض ومن حوله وهذا هو المعبر عنه بالمغص الهوائى

والضغط على البطن يلطف المغص فى أغلب الأحوال ولكنه قد يكون مؤلما لاسيما اذا كان المغص هوائيا بحيث ربما التبست هذه الحالة بالالتهاب البريتونى

ويصحب المغص غالبا اعراض عصبية كالفواق والغثيان أو القيء وعسر التنفس والخفقان والأغما والزحير ونحو ذلك او تجذب الخصية نحو البطن وتتقلص العضلة العاصرة للشرج أو يحصل انعاظ واستمناء أو اختلاج فى سمانة الساقين أو تشنج عام

وقد يصحب المغص اسهال فيستريح المريض بعد التغوط أو يصحبه امساك فيقتضى الحال اعطاءه مسهلا لأجل استراحته لاسيما اذا كان المغص متعلقا بالامساك أو التخمة المعوية أو التسمم بالرصاص وقد ينصرف المغص بعد القيء او التجشى أو خروج الغازات من المستقيم

(التشخيص) تشخيص المغص فى العادة سهل ويتميز الى ومايلزم العضلى لجدر البطن بتنقله ودوامه وبعدم النوب وبتألم العضلات بانقباضها وكون الآلام سطحية وتتميز الآلام العصبية للفروع القطنية بنقطها المؤلمة ولا يلتبس المغص البسيط بالانسداد المعوى أو المغص المعدى والكبدى والكلوى فان الألم فى هذه الأمراض مجلسه مخصوص وتصحبه اعراض اخرى خاصة

(الانذار) ينتهى المغص البسيط عادة بالشفا فى مسافة بعض ساعات الى يوم أو يومين بالأكثر ويختلف انذار المغص التابعى باختلاف أسبابه المرضية

(المعالجه) لتلطيف آلام المغص لا يكفى بل تلزم معالجة اسبابه واجتنابها ما أمكن ففيما يخص الامساك والتخمة المعدية والمغص الهوائى بشربة من

زيت الخروع وإذا كان الانتفاخ الغازى قويا تفعل حقنة من زيت التربنتينا والحلتيت وتدلك البطن بمروخ أو توضع عليها رفادات ساخنة أو زجاجة ساخنة بجوار البطن أو يوضع المريض فى حمام ساخن أو توضع لبخة من بذر الكتان على البطن أو يعطى له مغلى الشاى المضاف عليه مخرجات الغازات كالنعناع والينسون ونحوهما

ولأجل تسكين الألم تفعل حقنة المورفين تحت الجلد ويعطى من الباطن ايدرات الكلورال قدر ٥ جـ فى مستحلب السحلب أو شراب التوت الأفرنجى أو خلاصة الأفيون حبوبا كل حبة تحتوى على قدر ٠٫٠٣ أو تكهرب جدر البطن بأن يوضع احد القطبين فى المستقيم والثانى على جدر البطن

(ثانيا فى الإمساك)

(الأسباب) ينشأ الإمساك اما من ضعف حركات الأمعا الدودانية أو من تيبس المواد الثقيلة وجفا فها بسبب نقص الأفراز المعوى فلا تنزلق فيها المواد بسهولة ولذلك يعتبر الإمساك فى الحالتين عصبيا وربما يكتسب بالوراثة كبقية الاستعدادات العصبية ويشاهد الإمساك طبيعيا عند بعض الأشخاص فلا يتبرزون الا كل ٢ أو ٣ أو ٤ أيام مرة بدون ان يحصل لهم تعب من ذلك ولا اضطراب فى الهضم ولا فى الصحة العامة ولا يستحق المعالجة حينئذ

وقد يكون الإمساك ناشئا عن الكسل والتهاون فى الخروج للتغوط أو الخروج بغير انتظام فى اوقات مختلفة كما يشاهد ذلك بالأكثر عند الأطفال والشبان

والإمساك العرضى كثير الحصول فى سوء الهضم والمغص الجاف والحميات والأمراض المخية واليرقان ونحو ذلك

ومما يساعد على حصول الإمساك أكل اللحوم وحدها والمعيشة الجلوسية وسداد الامعاء أو ضيقها بسبب ما يحاكى ايضا يوجب الامساك وقد

يحصل

يحصل الامساك عند النساء بسبب ضغط المبيض أو الرحم المتحول أو المنقلب أو الحامل على المعى المعوية أو المستقيم

(الأعراض) اذا كان الامساك خفيفا تصل المواد الثقيلة الى المستقيم فى حالة تيبس ولا يتبرزها الشخص الا بصعوبة ومجهود كبير واذا وصلت هذه المواد بمقدار قليل فى كل مرة والتزم الحال الى التبرز مرارا فى اليوم ربما اشتبه الأمر على المريض بأن معه اسهالا فيلزم الاعتناء فى الفحص لاجل علم التباس الحقيقة فلا تحصل معالجة مضادة للمقصود

ووجود المواد المتيبسة فى المستقيم بمقدار كبير يوجب الاحساس بثقل وانزحام وربما تضاعف بالمغص واذا تكرر حصول ذلك يفقد المستقيم احساسه الفسيولوجى وربما اعقب ذلك تراكم المواد بمقدار زائد وينشأ منها تهيج فى الغشاء المخاطى فيحصل افراز مخاطى أو مخاطى قيحى وربما يسيل بين المواد الثقيلة وجدر المستقيم ويتبرزه الشخص على دفعات ويتهيأ له انه مسهول وهذا ما يستلزم الاعتناء فى الفحص لأجل تحقيق التشخيص

ودوام الامساك يؤثر على الصحة العامة والمعقولية معا ويصحبه عادة وساخة اللسان ونتن النفس وكراهة طعم الفم وضعف الشهية وبطء الهضم ويحس الشخص بهبوط فى القوى وكسل فى المعقولية وميل الى المالنخوليا والانحطاط العام

(المعالجة) يكثر المصاب بالامساك من تعاطى المسهلات ويلتجئ فى الغالب لأدوية الدجالين والأدوية السرية المجهولة التركيب ويضطر الى زيادة المقادير كلما ازمن الامساك معه ولكنه كلما افرط فى المسهلات كلما نثلم احساس الأمعا وضعف معقولها وهذا هو السبب فى زيادة تعبه لتكون المعالجة اللازمة له بعد ذلك

وعلى كل حال يلزم انتظام التدبير الغذائى فى أول الأمر ويوصى المريض بالرياضة واستعمال الفواكه والخضراوات لاسيما التفاح والقراصيا المصنوعة خشافا والتين ويأكل العسل والشوكولاتا والزبدة ويفضل الخبز الأسمر على الأبيض ويقلل من أكل اللحوم ويمكنه شرب كوبة ماء بارد على الريق وعند البعض شرب سيجارة على الريق ينبه الحركات الديدانية للأمعاء ويعرض التغوط ويتعود على الخروج لبيت الخلاء فى وقت معين فى كل يوم

وتتنوع معالجة الامساك بتنوع السبب فاذا كانت المواد الثقيلة منعقدة وجافة يعطى للمريض مسهل من زيت الخروع أو خلافه لأجل تخليص الأمعاء وتسليكها أو تفعل له حقنة مسهلة ولا يلزم تكرار المسهلات بعدها الا فى النادر جدا اذا اقتضت الضرورة ولأجل تجنب اعطاء المسهلات يمكن استعمال الملينات الخفيفة وحدها أو مع الادوية المرة والحديدية ومراعاة التدبير الغذائى حتى تنتظم الطبيعة أما الامساك عند الأطفال حديثى السن فانه يتعلق نماؤه بسوء الهضم أو الافراط فى الاغذية النشوية وتسهل معالجته باعطاء الطفل اللاكتوز أو المالتوز أو المنيت او شراب الشكوريا أو تكبيس جدر البطن أو وضع قطعة صغيرة من الصابون فى المستقيم او فعل حقنة صغيرة ولا يستعمل شراب الراوند وزيت الخروع الا فى احوال مخصوصة واذا كان الطفل يافعا وحصل الامساك من اهماله وتكاسله يعطى له زيت الخروع أو مسهل خفيف آخر ويوصى بعدم التكاسل واذا كان الامساك عنده قديما يعطى له مسحوق الراوند مع المانيزيا أو كربونات الصودا مع الينسون أو النعناع أو تعطى له الكاسكارا ساجرادا ولا تستعمل المسهلات الملحية أو السنامكى أو المسهلات القوية الا فى احوال مخصوصة

واذا كان الامساك متعلقا بالانيميا وتأخير الطمث عند النساء تستعمل المركبات الحديدية مع الملينات كحبوب بلود وحبوب روفي واذا كان معتاداً متعلقا بالاهمال والحياة الجلوسية تعطى الحبوب الملينة الاتية كل حبة تتركب من ٣ الى ٤ قمحات من سلفات الحديد وقمحة من خلاصة الصبر أو الحنظل أو الراوند المركب فيأخذ الشخص منها ابتداء ثلاث حبات في اليوم بعد كل طعام واحدة مدة يومين أو ثلاثة واذا حصل سهولة في التبرز يكتفى باثنين في اليوم ثم يأخذ واحدة فقط حتى يستغنى الحال عنها فيما بعد وفي مدة تعاطي الحبوب تراعى شروط التدبير الغذائي والرياضة كما أوضحنا ويمكن استبدال الحبوب المذكورة بحبوب كوكل أو فوملك أو مسحوق روشيل أو مسحوق معدي ملين مركب من الراوند والمانيزيا وكربونات الصودا أو الكاسكارا ساجرادا واذا أصحب الامساك باعاقة في افراز الصفرا يمكن استعمال البودوفيلين أو الزيبق الحلو مع المانيزيا الى غير ذلك

واذا كان الامساك متعلقا بضعف حركات الامعا الديدانية كما يشاهد ذلك في الضعف العصبي العام والانيميا والكاشكسيات وعند الاشخاص الطاعنين في السن يمكن استعمال البلادونا بمقدار من ١٠ر الى ٢٠ر سنتجرام عند النوم ويعطى له قبل الطعام مقدار من الجوز المقيئ أو الصبر أو الراوند وتضاف اليه المركبات الحديدية عند الاقتضاء واذا أوجب الأمر اعطاء مسهل تعطى المسهلات الملحية كالليموناتة الفوارة على الريق أو المياه المسهلة المرة

وقد يستريح البعض باستعمال المسهل كل اسبوع أو اسبوعين أو شهر مرة كملح فريدريشهال أو ملح كارلسباد أو روشيل أو سيدليتس أو ماء هونيادي أو واكوكسي ونفع هذه الملينات في الامساك المتعلق بالنقرس أكبر وربما يستغنى الحال عنها مع استمرار التدبير الغذائي

والرياضة

(ثالثاً الإسهال)

المراد بالإسهال حصول التبرز مراراً في اليوم وخروج المواد الثقيلة في حالة رخوة أو سائلة أو محتوية على مواد غريبة كالقيح والدم والإسهال إما حاد أو مزمن وهو يتعلق إما بزيادة حركات الأمعاء الديدانية أو بزيادة الافرازات المعدية أو بهما معاً

فاما الاسهال الحاد فاسبابه واضحة عادة وهو اما ان يتعلق باضطراب عصبي كما يشاهد ذلك عند بعض التلامذة القادمين على الامتحانات أو بعض الأشخاص المتهيئين لالقاء خطبة على ملاء عظيم مع عدم سبق ذلك لهم وقد يشاهد الاسهال العصبي في النابس والاستيريا واما ان يتعلق الأسهال بتأثير البرد على الجلد خصوصاً متى كان الجسم مغطى بعرق ولذلك يعبر عنه بالأسهال الارتدادي واما ان يعقب الأسهال تهيج الأمعاء بسبب ازدراد بعض الأغذية العسرة الهضم أو المهيجة أو الافراط في أكل الاغذية والمواد الشتوية كما يشاهد ذلك عند الأطفال أو عقب تعاطي الادوية المسهلة أو شرب المياه الغير النقية كالمياه المتحللة بأوساخ المراحيض وفي هذه الحالة الأخيرة اذا شرب ذلك الماء خلق كثير ربما انتشر الأسهال بحالة وبائية لاسيما بين الاطفال وفي الفصول الحارة

ويشاهد الأسهال التابعي في سير بعض الامراض العفنة كالحمى التيفودية وحمى النفاس ويصحب الأسهال في العادة الالتهاب المعوي والنزلات المعوية ولكنه ربما لا يتخلف عنه في الجثة أثر في القناة المعوية أو يكون الغشاء المخاطي وحده محمراً أو في حالة لين أو مبطناً بطبقة مخاطية وأما الاسهال المزمن فانه قد يستمر بعض أشهر أو سنين ولا يتخلف عنه آفات معوية واضحة كما يشاهد ذلك بالاكثر عند الأطفال

ويكون

ويحدث من اعاقة دورة الوريد الباب عقب آفة فى صمامات القلب أو فى الكبد كالسيروزمثلا فيحصل احتقان فى الغشاء المخاطى وافراط فى الافرازات المعوية بدون التهاب وانما يتعلق الاسهال غالبا بالالتهاب المعوى وتقرح الأمعاء أو تدرنها أو سرطانها أو آفاتها الأخرى

ويختلف قوام المواد الثفلية ولونها كثيرا فى الاسهال المزمن فاما ان تكون رخوة أو سائلة ومصفرة أو مسمرة أو تكون مخضرة لاسيما عند الاطفال وينسب اللون المخضر لوجود الصفرا أو بعض الميكروبات فيها وقد تكون المواد متكونة من الصفرا وحدها أو مجردة عنها بالكلية ولونها باهت وقوامها مائع مائى أو شبيه بالأسهال الكوليرى ومحتوية على أملاح فوسفاتية بكثرة أو تكون المواد محتوية على كثير من المواد المخاطية والاسهال البسيط الغير المصحوب بآفات موضعية لايشاهد فيه القيح ولا الدم

ويصحب الاسهال الحاد غالبا مغص وغثيان وانتفاخ خفيف فى البطن وتفقد هذه الاعراض عادة فى الأسهال المزمن وتنبطط البطن أو تتقعر وقد يتألم الشرج أو تحصل فيه تسلخات خفيفة وقد يتضاعف الأسهال عند الاطفال بسقوط المستقيم

ولا يصحب الأسهال الخفيف عند الكهل اضطراب فى عموم الصحة أو يحصل ولكنه قليل وأما عند الاطفال والشيوخ ومنتهكى الاجسام فان الأسهال فى العادة يوجب انحطاط القوى بسرعة وبرودة الجلد وربما ظهرت هالة كابية حول أعين الأطفال وانخسفت اليوافيخ وظهور هذه العلامات يدل على الخطر حتى قبل حصول السرعة فى النبض والتنفس وكلما كانت المواد البرازية سائلة وغزيرة شبيهة بالكوليرين يكون الخطر أقرب

ومعالجة الاسهال على العموم تحتاج لزيادة اعتناء الطبيب فيهتم بحفظ حرارة الجسم لاسيما البطن والاقدام فيحزم بطنه بحزام من الفانيلا أو

توضع عليها البخة ويلزم المريض بالراحة التامة والحمية المتسوية
واذا كان الاسهال ناشئا من الاطعمة العسرة الهضم يبادر باعطاء
شربة من زيت الخروع واذا كان الاسهال حادا لا بأس من اضافة قليل
من الافيون الى زيت الخروع او بعض لمحات من مسحوق جيجودعه وبعد
تلك الشربة تستعمل القلويات لاجل تلطيف التهيج المعوى فتعطى
جرعة من كربونات الصودا معطرة قليلا بالليمون او النعناع تؤخذ
منها ملعقة كل ساعتين او تؤخذ تحت نترات البزموت او ساليسلات
البزموت وحدها اومع المركبات الافيونية او المورفين اذا كان الاسهال
مصحوبا بالمغص ويلزم تجنب القوابض فى الاسهال الحاد واما فى الاسهال
المزمن فاستعمال القوابض مهم كالكينو والكاميرا والكاشو
والاريا توكسيلوم ومسحوق الطباشير المركب والشب ونترات الفضة
وسلفات النحاس وضد الاسهال المخضر عند الاطفال يمكن استعمال
محلول حمض اللبنيك ... او حمض الكبريتيك على هيئة ليمونات معدنية

(المبحث الأول فى الالتهاب المعوى)

الالتهاب المعوى مجلسه الغشاء المخاطى للأمعاء وهو اما ان يكون حادا
أو مزمنا بسيطا او مصحوبا بالالتهاب المعدى وأما بالنظر لمجلسه فأنه
اما ان يكون عاما للأمعا الدقاق والغلاظ جميعا أو يكون قاصرا على
احداها او على الاعور أو المستقيم فقط فلنشرح المهم من هذه الانواع
فنقول

(اولا فى الالتهاب المعوى الحاد)

(الاسباب) الالتهاب المعوى الحاد المسمى بالنزلة المعوية الحادة مرض
كثير الحصول وهو يكون اما ذاتيا أو تابعيا أما الالتهاب الذاتى فأنه
يحصل فى جميع الاعمار وبالاكثر فى الفصول الحارة والبلاد الحارة وأهم
اسبابه تأثير البرد لاسيما فى حالة عرق الجسم اذا كان عند الشخص استعداد
مخصوص

مخصوص له فالبرد حينئذ ينبه النزلة المعوية عنده كما ينبه الزكام أو النزلة الشعبية عند غيره ومن أسبابه المهمة أيضا عدم الاعتناء فى التدبير الغذائى سواء كان العيب فى الكم او النوع كالافراط فى الأكل وأكل اللحوم الفاسدة والفواكه العفنة وشرب المياه القذرة أو الراسكة والافراط فى البهارات والمشروبات البارردة المثلجة ومن الاسباب أيضا تأثير هواء الجو فى بعض الفصول وتأثير بعض الميكروبات الجوية وقد ينتشر الأسهال فى هذه الاحوال بحالة شبه الوبائية

وقد يكون السبب جرحيا كالجروح والحرق المتسبع بالزيق والسقوط على البطن ووصول الاجسام الغريبة الصلبة أو المدببة الى القناة المعوية والديدان المعوية والامساك المستعصى

وأما الالتهاب التابعى فأنه قد يحصل بالمجاورة عقب التهاب المعدة أو البريتون او يرتبط بالأمراض العامة كالكاشكسيات الدرنية والزهرية والاوريمية أو بالامراض العفنة كالحصبة والحمى التيفودية والحميات الاجامية

(الاعراض) تختلف اعراض النزلة المعوية باختلاف مجلسها فى الاثنى عشرى أو الصايم أو الاعور أو الامعا الغليظة او المستقيم وحيث ان النزلة المعوية لا تنحصر فى جزء محدود من الأمعا الانادرا وأنها تمتد فى الاتساع عادة فيمكننا ان نشرح اعراض النزلة المعوية للأمعا الدقاق اعمو زجا عاما ثم نذكر الخصوصيات المتعلقة بالنقط المحدودة

أما النزلة المعوية الخفيفة فلا تصحبها حمى وتلك الحمى لا نشاهد الا فى النزلات الشديدة ولا تصل درجة الحرارة فيها الى ٣٩ الا نادرا وذلك عند الاطفال والاشخاص العصبى المزاج واعراضها المهمة هى المغص والاسهال أما المغص فمجلسه يكون عادة حول السرة او يتسع بعيدا ويأتى على نوب مختلفة الحدة تصحبها فى الغالب قراقر متولة وتبعرا الغوط وأما الاسهال فأنه يعقب فراغ الامعاء من المواد الصلبة التى

كانت موجودة فيها من قبل ويتكرر مرارا في اليوم وتخرج المواد سائلة مصفرة متكونة من مواد مخاطية مختلطة بسائل مصلي وصفرا وقد تكون المواد مدممة ويختلف مقدارها باختلاف نوع الاغذية والمشروبات التي يتعاطاها المريض وتنتشر منها رائحة تفهة شبيهة برائحة المني وفي احوال أخرى تكون المواد سائلة شبيهة بماء الرز أو تكون رغوية لها رائحة كريهة عفنة ويكون مفعولها في الغالب قلويا وقد تحتوي المواد البرازية في بعض الاحوال على بعض المواد الغذائية الغير التامة الهضم كبقايا الخضراوات وقطع اللحم والاوتار وفي احوال أخرى يشاهد فيها بعض مواد ثقيلة متيبسة على هيئة قطع صمغية

وبالبحث الميكروسكوبي عن المواد الثقيلة يمكن استكشاف بعض بقايا دقيقة من المواد الغذائية مصحوبة بأنواع مختلفة من الفطر وخلايا بشرية وكرات حمرا وبيض وبلورات متنوعة من فسفات الجير وفسفات النوشادر والمانيزيا واوكسالات الجير وكولسترين وزيتات الجير وبلورات شاركو ونحو ذلك

وقد يمكن مشاهدة الحركات الديدانية للأمعا بمناظرة البطن ويمكن الاحساس بها بالجس وبالضغط على البطن يتألم المريض أو تسكن آلامه وتكون البطن في الغالب ممددة بالغازات ومنتفخة أو متوترة فتدفع الحجاب الحاجز الى أعلى وتضغط على الرئة والقلب وينشأ من ذلك عسر التنفس والدورة ومتى خرجت الغازات من الفم أو الشرج يرتاح المريض ولكن خروج الغازات من المستقيم قد يصحبه خروج بعض المواد الثقيلة السائلة وقد تلتبس الحالة على المريض في الاحساس فيفعل المجهود بقصد اخراج الغازات فتخرج بدلها المواد الثقلية ولذلك يلتزم المريض بالاحتراس خوفا من الغلط فيما بعد واذا فعل القرع توجد الرنانية زائدة في حذاء المعي المتمددة وتوجد الأصمية واضحة في حذاء المعي المجردة من الغازات وبالتسمع

يوجد صوت القراقر والانغاط المعوية التي يمكن تميزها بالسماع
ويصحب النزلة المعوية ضعف الشهية أو فقدها ويندر استمرارها محفوظة
وانما يكون العطش متزايداً دائماً في نسبة درجة الاسهال ويغطى اللسان
غالبا بطبقة مبيضة أو مصفرة ويقل افراز البول او يفقد في الاسهال المفرط
ويكون متركزا حمضيا وقد يكون محرقا مدة التبول وقد يحتوي على ازمانا بيب
اسطوانية شفافة (فيشل) ولكن وجود الزلال فيه نادر واذا حصل
يكون وقتيا
وفي الاحوال الخفيفة تتلطف الأعراض بسرعة ويبرأ المريض في مدة يومان
أو ثلاثة أو تستمر الاعراض بعض اسابيع تحسن فيها حالة المريض وترى
عليه هيئة الضعف والتعب مدة بعد تمام الشفا وأما في الأحوال الشديدة
فان المغص والاسهال يستمران مدة وتهبط قوى المريض وربما عرض له الخفق
لاسيما اذا كان طفلا أو شيخا او ضعيف البنية فيبرد الجلد ويتغطى بعرق
بارد لزج ويصغر النبض ويتواتر وتهبط القوى وتحاط العين بهالة كابية
وترى على السحنة التعب والانحطاط ويضعف الصوت ويسهل حصول
الاغما والهبوط العام
واذا كان الالتهاب قاصرا على الأمعا الدقيقة دون الغليظة ربما يحصل
المغص والقراقر لكن بوصول المواد الى الامعا الغليظة فانها تكتسب قواما
وتخرج متماسكة نوعا واذا اتحد الالتهاب في الاثنى عشري يتضاعف غالبا
باليرقان التزلي عقب اعاقة سيلان الصفرا في الاثنى عشري بسبب انتفاخ
الغشاء المخاطي وضيق فتحة القناة الصفراوية وانسدادها واذا انحصر
الالتهاب في الأعور تشاهد اعراضه التي سنذكرها قريبا واذا امتد
الالتهاب الى الامعا الغليظة يشاهد غالبا ظهور الدم في المواد البرازية
وأما التهاب المستقيم فيتصف بالزحير وتألم الحفرة الحرقفية اليسرى الذي
يزداد بالضغط عليه وحصول القراقر فيه مع أصمية اورنانية في الصوت

بالقرع وتخرج المواد غالبا مخاطية وملوثة بالدم وبالبحث عن المشرج يمكن مشاهدة حركاته التشنجية التي توجب ارتفاعه بقوة ويزداد تألمه جدا بالجس ويحس الاصبع بانقباض العاصرة الشديد وبزيادة الحرارة في المستقيم ويرى الغشاء المخاطي بالمنظار الشرجي في حالة احتقان وانتفاخ واضحين ولكن متى استمر الالتهاب زمنا فان العاصرة تضعف وينفتح الشرج وتسيل منه مادة حريفة تحدث الاكزيما في الجلد حوله وقد يعقب ذلك سقوط المستقيم أو حصول النواسير الشرجية

وإذا اشترك الالتهاب المعدي مع الالتهاب المعوي ينضم الى الأعراض المذكورة آنفا حصول الغثيان والقيء وفقد الشهية وآلام القسم الشراسيفي

وعند الطفل تتسبب النزلة المعوية غالبا من التسنين او من الرضاعة الغير الموافقة خصوصا اذا كانت من البز الصناعي واللبن الغير الجيد او من الفطام واستعمال الاغذية الصلبة قبل الأوان وتكون للمواد البرازية عنده مخضرة في الابتداء ثم تصير مصلية غزيرة أو تكون جبنية متكونة من كازيين اللبن ومفعولها حمضي ورائحتها حمضية او نوشادرية يصحبها مغص يوجب صراخ الطفل وثني الساقين على البطن وقد يستريح الطفل من فعل الضغط على بطنه وتكون بطنه منتفخة أو هابطة أو متموجة تحت اليد لكثرة السوائل فيها أو تدور فيها القراقر وينضم القيء الى الأسهال غالبا ويزداد عطش الطفل وربما تضاعفت حالته بظهور القلاع في الفم وكلما استمر الأسهال يحصل الهبوط وتهبط اليوافيخ وتغور الأعين وتتغير السحنة وينحل الجسم بسرعة ويبرد وتهبط القوى وربما هلك الطفل في نوبة تشنج أو كوما وينسب احضرار المواد البرازية الى نوع باسيل مخصوص هو السبب في العدوى وانتشار الأسهال بهيئة وبائية (اهم)

(التشريح المرضي) النزلة المعوية الحادة تتصف باحمرار الغشاء المخاطي وانتفاخه واحتقان اوعيته خصوصا حول الغدد المنفوقة ولطخ

بيير واحتقان الغدد المنعزلة لاسيما في حذاء الصايم وقد تشاهد تقرحات صغيرة مجلسها في الغدد المغلوقة ولا تشاهد آفات في الطبقة العضلية ولا في الطبقة المصلية اذا كان الالتهاب المعوي حديثا وأما اذا استطالت مدة المرض وازدادت حدته فان البريتون يحتقن في حذائه ويصحب الالتهاب المعوي عادة احتقان العقد اللنفاوية المساريقية واستحالتها

(التشخيص) تشخيص النزلة المعوية في العادة سهل ولا يمكن التباسه بالحمى التيفودية بالنظر لعدم ارتفاع الحرارة جدا وعدم ظهور الطفح الجلدي على البطن ولا يلتبس الالتهاب المعوي بالاسهال الكوليري لعدم وجود الدايل الواوي ويلزم تعيين مجلس الالتهاب وتعيين سببه بقدر الامكان

(الانذار) الانذار في العادة جيد ولا يكتسب الخطر الا عند الاشخاص الضعفاء البنية والمتقدمين في السن ويخشى من حصول النكسات واستحالة النزلة الحادة الى الحالة المزمنة

(المعالجة) المبادرة باستعمال القوابض في النزلات المعوية لا تلزم فاذا كان مع المريض حركة حمية يلزمه مراعاة الفراش واذا كان كهلا قوي البنية أو متوسطها يعطى له مسهل ملحي كسلفات الصودا قدر ٣٠ جرام أو ماء هونيادي أو راكوكسي ويكرر المسهل عدة ايام متوالية ومتى تلطفت حدة الالتهاب تعطى المركبات الافيونية في جرعة أو حقنة وتراعى الحمية القاسية ويعطى للشرب ماء الرز أو الماء الزلالي المحلى بشراب الصمغ أو يعطى له قليل من الكونياك في الماء

واذا كان المغص شديدا يمكن تسكينه بعمل حقنة مورفينية تحت الجلد أو توضع على البطن لبخة مرشوشة باللودانم ولا يرخص له الا بالشوربة الغروية أو النشوية او يعطى له مرق لحم الضأن أو الماء البيضي

واذا كانت الامعاء محملة باغذية غير تامة الهضم متعفنة والبطن منتفخة بالغازات يعطى للمريض مقدار من زيت الخروع لأجل اخراج هذه المواد أو

يعطى له الزيبق الحلو بمقدار مسهل وحده أو مع الحلبة او المحمودة واذا كانت الأمعاء محتوية على ديدان يضاف للزيبق الحلو مقدار من الأدوية المضادة لها على حسب نوعها

وقد يبرأ المريض بعد المسهل ولا يحتاج بعده الا الى مراعاة الشروط الصحية

واذا استمر الاسهال بعد تلطيف الالتهاب يمكن اعطاء القوابض والمركبات الافيونية أو نترات البزموت أو ساليسيلات البزموت ومسحوق روفير ...

واما اذا كان الالتهاب في الامعاء الغليظة فيمكن الشروع في غسلها بواسطة الاستير وكليسم ويبدأ بفعل حقنة بسيطة لأجل خروج المواد الموجودة في الامعاء ثم بفعل الغسل بمقدار كبير من الماء وتستعمل انبوبة المستقيم الطويلة لأجل وصول الماء الى آخر صمام بوهاين ويستعمل لغسل الماء القراح أو المحتوى على قليل من نترات الفضة (١/١٠٠٠) واذا تالم المريض تفعل له حقنة مورفين تحت الجلد أو يعطى له برومور البوتاسيوم أو الكلورال ويعقب غسل الامعاء حصول الشفاء بسرعة غالبا

واذا كان الالتهاب في المستقيم يمكن تلطيف الزحير بالتلبيسات المستقيمية الداخل فيها المورفين أو البلادونا

وبعد الشفاء تلزم مراعاة التدبير الغذائي الموافق لأجل تدارك النكسات ويلزم التحفظ من البرد باستعمال الملابس الصوف والحزام فوق البطن

ويمكن تلطيف الحالة الحادة عند الأطفال باعطاء زيت الخروع ممزوجا بمقدار متساو من شراب الصمغ (آ جرام الى ٣) ويكرر تعاطيه يومين أو ثلاثة على التوالى ثم يعطى مغلى سيدنام الأبيض ولا بأس من اعطاء ١/٢ نقطة الى نقطة من اللودانم في جرعة ضد المغص توزع على ازمنة متساوية في مدة الاربعة وعشرين ساعة

ويعالج الاسهال الاخضر عند الاطفال بحمض اللبنيك فيعطى للطفل بحسب سنه من ٣ الى ٦ ملاعق صغيرة في اليوم من الجرعة الآتية (شراب بسيط

٨ جـ حمض البنيك ٣ جـ روح الليمون ٦ نقطة) ويلزم تطهير الملابس الملوثة بنقعها في محلول السليماني (١/١٠٠٠) أو بغليها في الماء

(ثانيا في الالتهاب المعوي المزمن)

(الأسباب) الالتهاب المزمن يكون في النادر أصليا ويعقب الالتهاب الحاد عادة اذا استمر تأثير الاسباب المهيجة له وقد يكون تابعا لاعاقة الدورة الوريدية في امراض القلب والرئتين والكبد وقد يتعلق بالكاشكسيات أو التسمم الاجامي أو البولي أو يكون متعلقا بدرن الامعا أو سرطانها

(الاعراض) مجلس الالتهاب المزمن في الامعا الغليظة غالبا وأوصافه المهمة منها الاسهال والمغص

أما الاسهال فانه اما ان يكون بسيطا أو مصحوبا بنوابة معوية ويكون التبرز بالاكثر صباحا ويقل مدة النهار ويتبع تعاطي الاغذية غالبا وتكون المواد سائلة ومحتوية على مواد مخاطية قيحية يختلف مقدارها باختلاف الأحوال ويكون لونه مصفرا على حسب مقدار الصفرا الموجودة فيه وقد نشاهد فيه بعض ديدان معوية أو بيضها او بعض انواع الفطر أو توجد فيه بعض المواد الغذائية الغير تامة الهضم واذا زاد مقدار هذه المواد فيها يعبر عنها بالليانتيريا وتكون رائحة المواد كريهة أو منتنة عادة

وقد تحتوى على بعض مواد مخاطية منعقدة على هيئة اغشية كاذبة أو تخرج بعض اغشية كاذبة حقيقية يسبقها مغص شديد (لويجيه) وقد تخرج بعض شرائح صغيرة من تقشر الغشاء المخاطي

وقد تكون المواد الدسمة وذلك يشاهد بالاكثر عند الاطفال وبالبحث عنها توجد فيه حوامض دسمة وينسب ذلك الى احتباس الصفرا أو المصير البنكرياسي وفي هذه الحالة اذا عوملت المواد بالجواهر المذيبة للشحم كالايتير تنعزل المواد الدسمة ويتميز مقدارها (ديم)

وأما المغص فانه يكون في الغالب خفيفا وقد يكون قويا بدرجة لا تطاق خصوصا بعد تعاطي الأغذية او قبل التبرز وقد تصحبه قراقر كثيرة وانتفاخ البطن بدرجة زائدة توجب عسر التنفس واضطراب الدورة ولكن الغالب في الأسهال المزمن هبوط البطن وفقد مرونة الامعا والاحساس فيها بتموج ناشئ من امتلائها بالسوائل

ومتى استطالت المدة ربما اشتركت المعدة في الالتهاب فيحصل اضطراب الهضم المعدي ومن سوء التغذية يقع المريض في النحول والكاشيكسيا ويصير مالنخوليا

وسير الالتهاب المعوي المزمن في غاية من عدم الانتظام فتارة يحصل فيه تحسين وتارة يكتسب شكلا تحت حاد وقد يتعاقب فيه الأسهال مع الامساك وقد يستمر عدة سنين أو طول الحياة وهو وان كان خطرا عند الشيوخ والاطفال الا انه أقل خطرا عند الكهل ويحصل الموت من تقدم الكاشيكسيا أو من العوارض المضاعفة له كالالتهاب الشعبي الرئوي والاوزيما والاستسقا وقد يتصف الالتهاب المعوي المزمن بالامساك فيقال له الالتهاب المزمن الجاف ويتصف بالآلام التي تطرأ بعد الطعام بنحو ٣ الى ٤ ساعات وقد يكون الامساك مستعصيا بدرجة قوية بحيث لا يتغوط الشخص الامرة في الاسبوع أو الاسبوعين وتصير المواد صلبة متكررة كالكستنا مغطاة بمادة مخاطية احيانا مدممة أو بمادة مخاطية منعقدة كالاغشية الكاذبة على هيئة اشرطة ثخينة مبيضة ذات مقاومة ربما اشتبهت على المريض بقطع الدودة الوحيدة قد يصل طولها من ٢ الى ١٠ أو ١٥ سنتمترا وبالبحث عنها بالميكروسكوب توجد متكونة من مادة مخاطية وبعض خلايا بشرية اسطوانية فاسدة وبعض بلورات تحتوي على الكولسترين في النادر ويشاهد الالتهاب الجاف بالاكثر عند النساء عصبيات المزاج وعند المتعودين على المعيشة الجلوسية المنهمكين في الاشتغالات العقلية وعند ذوي المزاج الارتثريتي

وينشأ منه عسر الهضم وانتفاخ البطن بالغازات وفقد الشهية وضعف الجسم وعوارض عصبية منعكسة كعسر التنفس والذبحة الصدرية والارتعاش والدوخان والماليخوليا

(التشريح المرضى) تختلف الآفات التشريحية باختلاف الأحوال فيكون الغشاء المخاطى اما محمرا على هيئة بقع أو كابيا اردوازيا ويتضح هذا التلون فى الخمل المعوى وتكون اوردته واوعيته اللمفاوية متمددة ويحصل فيه ضخامة تصل الى النسيج الخلوى تحته بحيث انه ربما يعقب ذلك تكون بروزات كالازرار على سطح الغشاء المخاطى وقد تمتد الضخامة الى الطبقة العضلية فتزيد عن سمكها الأصلى بنحو ٣ او ٤ مرات ويتكاثف البريتون تحتها ويصير متينا وتضمر الغدد المطروقة أو تتكيس أو تتقرح وقد يكون الغشاء المخاطى باهتا وضامرا لاسيما عند الأطفال

وقد يتسبب من ضخامة جدر الامعاء ضيق فى قطرها ويشاهد ذلك بالاكثر بقرب صمام بوهاين وفى المتعرج السينى وبقرب فتحة الشرج

وقد يحصل غير ذلك تقرحات يكون مجلسها نسيج الغشاء المخاطى او غدده وتكون التقرحات فى الابتداء صغيرة مستديرة ثم تمتد وتتعرج حافاتها وتختلط ببعضها وتصير غير منتظمة وقد تتولد فى قاعها ازرار لحمية تنمو وتكتسب هيئة البوليبوس وقد تؤكل بعض الأوعية وتعقب ذلك انزفة خفيفة أو خطرة وقد تغور فى العمق وذلك نادر وربما انثقبت الامعاء وانسكبت المواد فى البريتون أو يسبقها التحام وريقتى الغشاء المصلى فتؤثر القرحة على الاحشاء المجاورة وينشأ من ذلك عوارض شتى واذا التحمت القروح المعوية فان ذلك لايخلو من العوارض لانه ينشأ عنها فى الغالب ضيق قطرها وتشوهاتها المتنوعة ويصير المريض عرضة للانسداد المعوى

وتنشأ هذه التقرحات الغددية غالبا فى الامعاء الغليظة وقد تكون عديدة جدا بحيث يكتسب الغشاء المخاطى هيئة الغربال ولا تحصل هذه التقرحات فى

المستقيم الا نادرا

(التشخيص) التشخيص سهل وانما الصعوبة فى تعيين مجلس الآفات ودرجتها ومن المهم تعيين وجود التقرحات لأنها قد تكون كامنة الاعراض مدة الحياة (بوتاجل) ومما يدل على وجودها خروج كتل صغيرة من القيح أو من مادة شبيهة بحبوب الساجو ولكن يمكن مشاهدة هذه المواد فى النزلة المزمنة البسيطة والاهم منها وجود الآلام محدودة على جزء من البطن والالتهاب البريتونى المحدود والنزيف المعوى واعراض الانثقاب المعوى ويتميز الأسهال المزمن البسيط الدرنى بعدم وجود الباسيل فى المواد الثفلية

(الانذار) الاسهال المزمن مرض عسر المعالجة ويحتاج الى تدقيق كبير فى التدبير الغذائى والمعالجة وهو خطر عند الاطفال والشيوخ ومتى تضاعف بالمالنخوليا او وصل الى درجة الكاشيكسيا فانه يزداد خطرا

(المعالجة) تختلف المعالجة فى الالتهاب الجاف والمصحوب بالاسهال ففى الأسهال يؤمر بالغذاء اللبنى ويؤخذ اللبن وحده أو يضاف اليه ماء الجير أو كربونات الصودا أو يستعوض اللبن باللحم النيئ المحضر جيدا ويمكن اعطاء اللحم النيئ مع اللبن

ولأجل تحويل الغشاء المخاطى تعطى المسهلات الملحية كسلفات الصودا بعض ايام بمقدار قليل من ٥ الى ٨ جرامات أو يعطى البزموت بمقدار من ٦ الى ١٠ جراما فى اليوم والمركبات الافيونية والقوابض او نترات الفضة حبوبا بمقدار من ٠,٠٥ الى ٠,١٠ سنتجرام فى اليوم اوتفضل منه حقنة يحصل منها فائدة عظيمة وكذا عرق الذهب بمقدار قليل ٥ حبات فى اليوم كل حبة تحتوى على ١ سنتيجرام عرق الذهب و ½ لمحة افيون ويضاف لهذه الأدوية استعمال بعض المحولات كالحراريق الصغيرة على البطن اوالكى النقطى

واذا كان الأسهال آجاميا يجب استعمال سلفات الكينا ويضاف اليها ماء بلو ميير

وأما

وأما الالتهاب الجاف للامعاء الغليظة فيعالج باستعمال زيت الخروع بمقدار صغير من (٨ الى ١٠ جم) يتكرر تعاطيه مرارا في الاسبوع او يعطى الزئبق الحلو ومع ذلك دلك البطن وتكبيسها واستعمال الدوش والاستحمام بالماء البارد أو توضع الحراريق الصغيرة على البطن ويتعاطى المريض ماء شاتل جيبيون وبلوميير وكارلسباد اوستعمل معالجة العنب في دوركهايم ورويسيادن وميران والاقامة في الجبال والرياضة بقرب شواطئ البحار تحصل منها فائدة عظيمة لبعض الاشخاص

(ثالثا في التهاب الاعور والالتهاب حوله)

التهاب الأعور مجلسه الغشاء المخاطي للأعور وحده او والزائدة الدودية معه وأما الالتهاب حول الاعور فمجلسه إما ان يكون في البريتون للبطن له اوفي النسيج الخلوي الموجود بينه وبين الصفاق

(الاسباب) التهاب الاعور مرض كثير الحصول عند الشبان والكهول وللرجال أكثر من النساء ونادر جدا عند الشيوخ والاطفال قبل سن الاثني عشر واسباب النوازل المعوية كلها تحدثه كالبرد والبرد والمعيشة الجلوسية والامساك والاجسام الغريبة كنوا الفواكه والحصيات المعوية اوالثقيلة والحصيات الكبدية ومما يهيئ له الافراط في أكل الخضراوات والفواكه ذات البذر كالعنب والرمان وقد يتعلق بآفات موضعية كالتقرحات الدرنية والتيفودية او يرتبط بتمدد المعدة (بوشار)

ولكن اهم الاسباب هو ركود المواد الثقيلة واحتباسها في الأعور ويساعد على ذلك صعوبة دفع هذه المواد من اسفل الى اعلا بحيث لو حصل ضعف في عضلاته أو عضلات القولون الصاعد عقب التهاب الغشاء المخاطي أو الانيميا مثلا فانه يسهل تراكم المواد الثقيلة التي تتكاثف وتكتسب فيه قواما وتوجب احتباسه والتهابه

واذا احتبست المواد الثقيلة في الزائدة الدودية اودخل في تجويفها نواة

من المواد الثقيلة المتيبسة أو نواة كلسية او بيض الديدان المعوية أو بذر الفواكه أو حصاة كبدية ربما كان ذلك سببا فى التهابها

وأما الالتهاب حول الاعور فانه يكون فى النادر ذاتيا عقب تأثير البرد والأسباب الجرحية او المجهودات العنيفة كالوثب والرقص وفى الغالب يكون تابعيا لالتهاب الأعور والزائدة الدودية او اعقابهما وقد يعقب التهاب الاعضاء المجاورة الأخرى كالكلا والعضلة البسواس وعظام الحوض او للبيض والرحم عند المرأة .

(الاعراض) الاعراض العامة لالتهاب الأعور وحوله هى الألم والانتفاخ فى الحفرة الحرقفية اليمنى واضطراب الهضم وتنوع هذه الأعراض قليلا بالنظر لمجلس الالتهاب

اما التهاب الاعور فانه اذا كان خفيفا لا تصحبه حمى وتنحصر اعراضه فى الامساك وتألم الحفرة الحرقفية اليمنى وانتفاخها وقد يصحبه انتفاخ البطن كلها والقيئ وبالجس باليد يزداد الألم جدا ويحس بتعين وورم محدود تحت اليد متوتر مستطيل كالمنبار متجه بانحراف نحو رباط بوبار املس أو ذى حدبات واصم تحت القرع بحيث يمكن تحديده اذا لم يكن الانتفاخ الغازى قويا فتصير البنية عامة ويتعذر تحديد الاعور ثم تحسن الأعراض وتنصرف فى مسافة بعض ايام بالمعالجة الموافقة ويشاهد هذا السير عادة فى الالتهاب البرازى للأعور

وأما اذا كان الالتهاب شديدا فانه تصحبه حمى قوية وتألم زائد فى حذاء الأعور واضطراب واضح فى الجهاز الهضمى ومن شدة الألم يجتهد المريض فى تلطيفه باسترخاء جدر البطن فيرقد على ظهره مائلا قليلا الى الجهة اليمين ويثنى فخذه الأيمن على البطن ويتنوع سير المرض بتنوع الأحوال فاما ان تنسد فتحة بوهين ويتسبب من ذلك اعراض الانسداد المعوى التى سنشرحها قريبا واما ان يمتد الالتهاب الى البريتون ويصير محدودا حول الاعور

أو يمتد

أو يمتد الالتهاب بالمجاورة الى النسيج الخلوى خلف الاعور فيحصل التهاب فلغمونى حوله واما ان ينفتح الأعور وتنثقب جدره فى البريتون فيتضاعف بالتهاب بريتونى حاد خطرا وتكون وريقتى البريتون ملتحمة فينسكب متحصل الأعور فى الاعضاء المجاورة أو ينثقب الأعور من الخلف فتنسكب مواده فى النسيج الخلوى وينشأ من ذلك التهاب فلغمونى او غنغرينى

وأما التهاب الزائدة الدودية فان اعراضه تتشبه اعراض التهاب الاعور ولكنها تظهر فجأة ولا يصحبها الورم المنباري ولا الانتفاخ الغازى للأمعا ولا القيئ الغائطى وينشأ عنها فى الغالب التهاب البريتون اما بالمجاورة اوعقب انثقابها وانسكاب متحصلها فى التجويف المصلى وقد يتسبب من التهاب الزائدة الدودية تمددها بحيث تبلغ حجم الامعا واذا انسدت فتحتها تتمدد وقد يبلغ حجمها حينئذ قدر قبضة اليد

وأما التهاب النسيج الخلوى خلف الاعور فانه يتصف ايضا بالألم وانتفاخ القسم الاعورى وانما يكون الورم فيه عميقا خلف الاعور لامنبارى الشكل وبالقرع عليه يوجد رنانا وإذا فعل القرع بعد الضغط على الأمعا وطرد الغازات منها تتغير الأصمية وتنتشر الآلام غالبا نحو الظهر والكتف واليد اليمنى والساق الايمن وتنجذب الخصية اليمنى الى الأعلى وربما حصل زحير بولى أو انتصاب مؤلم وقد يشتكى المريض بتنميل فى الساق الايمن أو ضعف فيه ربما يستمر مدة بعد الشفا وينسب ذلك للضغط الحاصل من الورم الالتهابى على اعصاب الطرف السفلى وقد ينشأ من الضغط على الاوعية اوزيما الطرف المذكور

واذا كان الانتهاء حميدا تنصرف الاعراض بسرعة واما اذا استمر المرض فان التقيح يظهر عادة بعد اليوم الخامس ومتى تكون الخراج فاما انه يتفرغ الى الخارج أو ينسكب فى الاحشاء المجاورة كالمثانة والمستقيم

والرحم والامعا أو يمتد فى النسيج الخلوى للحوض أو ينفتح فى البريتون وقد
يصل بعيدا الى المابض او الصليوا وانفتاحه فى الأعور او الامعا يعد
انتهاء جيدا ويعقبه الشفاء عادة وانفجاره على جدر البطن أعلا من رباط
فالوپ تسبقه اوزيما واحرار الجلد ورقته وقد يتسبب عنه ظهور
الحمرة أو تقرح منتشر ومتى تفرغ الخراج فى الامعا او على سطح الجلد يستريح
المريض ويهبط الورم الأعورى ويستمر التقيح عدة ايام وفى الأحوال
الحسنة يتناقص مقداره بالتدريج ويتم الشفا فى مسافة ١٢ الى ١٥ يوما
أو يتخلف عنه ناسور

وأما التهاب البريتون حول الاعور فيكون الانتفاخ فيه سطحيا ويكون
القرع عليه رنانا وقد يوجد فيه بالتسمع صوت الاحتكاك ويتضاعف
غالبا بالالتهاب الاعورى بالمجاورة وقد ينتهى اما بالتكيس ويستمر
الشخص حينئذ عرضة للنكسات او بتقيح وينسكب الصديد فى تجويف
البريتون او فى الاعضاء المجاورة وتعقب ذلك عوارض شتى

ثم ان التهاب الأعور او الالتهاب حوله مرض خطر عادة واذا برئ منه
المريض يستمر عرضة للنكسات مدة مستطيلة وقد تحصل النكسة بأدنى
سبب كالمجهود والسعال والقئ او التغوط

(التشخيص) يتميز الالتهاب الأعورى عن التهاب البريتون حوله والتهاب
النسيج الخلوى خلفه بالأعراض التى سبق شرحها وانما تكون هذه الاعراض
فى العادة متحدة او يضاعف بعضها بعضا بسرعة ويتميز التهاب العضلة
البسواس بثبات الطرف السفلى فى حالة انثناء وميل الى الخارج وبتزايد
الألم وصعوبة تحريك الطرف بالصناعة ولا تصحبه اضطرابات هضمية
عادة ولا يلتبس التهاب الأعور بالحمى التيفودية المصحوبة بالإمساك
بالنظر للبقع الجلدية للبطن وانتفاخ الطحال وقد يكون التمييز بين
المرضين صعبا

(الانذار)

(الانذار) التهاب الاعور اقل خطرا من الالتهاب حوله ومن التهاب الزائدة الدودية وانذار هذه الافات يتعلق بمدتها وسهولة نكساتها والخطر يتعلق بالمضاعفات التي تطرأ في سيرها

(المعالجة) تراعى المعالجة التداركية عند المصابين بالامساك لأجل نظام التبرز وأما المصابون بالالتهاب الأعوري من قبل فيلزمهم تجنب المجهودات الجسمية

ويعالج الالتهاب الثفلي بالحقن الاستيروكليرية المتكررة لاجل تمدد المواد الثقيلة وخروجها ويعطى للمريض مسهل خفيف كزيت الخروع والمانيزيا ولا يستصوب استعمال المسهلات القوية كماء الحياة النساوي

وفي الالتهاب الأعوري وحوله على العموم تلزم استراحة المريض التامة وتعطى له الاغذية السائلة والامراق واللبن والماء النبيذي والبيرا ويعطى له الافيون بمقدار كاف لاجل تلطيف الألم (٠٫٠٢ أو ٠٫٠٣ كل ساعة أو ساعتين حتى يسكن الألم) والافيون مع تسكين الالم يساعد ايضا على صرف الامساك

والمعالجة الموضعية منها وضع اللبخ البسيطة او المسكنة على القسم الاعوري وارسال العلق أو وضع المثانة المملوءة بالجليد على حسب الأحوال ومتى انصرفت الحدة يمكن مساعدة الامتصاص باستعمال صبغة اليود أو الحراريق واما اذا حصل التقيح وظهر التموج فانه يسرع بفتح الخراج مع مراعاة الاصول الجراحية المضادة للعفونة واما اذا كان الفلغموني غير محدود فتستعمل المراهم اليودودية او الزيبقية واللبخ

(رابعا في القرحة المستديرة او الوحيدة للاثنى عشري)

(الاسباب) القرحة الوحيدة للاثنى عشري كالقرحة الوحيدة للمعدة والمري تنشأ على التقريب دائما من اضطراب دورة الغشاء المخاطي اما

عقب استحالة الأوعية الدموية او الشحمية او انسدادها بالسدد
ثم من تأثير العصير المعدي على النقطة المصابة
وتشاهد القرحة المذكورة غالبا عقب الحرق او عقب الثلج وقد تشاهد في
سير الحميات والفقاعية وهي نادرة الحصول عند الاطفال وحصولها عند
الرجال اكثر من النساء
(التشريح المرضي) مجلس القرحة الوحيدة عادة في الجزء الأول من الاثني عشري
وفي الوجه الامامي اكثر من الخلفي وتكون بقرب البواب غالبا او متصلة به
وتكون القرحة عادة منفردة وقد تشاهد قرحتان فاكثر بامتدادها تتصل
ببعضها وتصير غير منتظمة وهي تشبه القرحة المعدية في سيرها ومتى غارت
فانها تؤكل الانسجة والأوعية وتثقب البريتون ويعقب ذلك ازفة خطرة
أو حمية أو التهاب بريتوني حاد أو اتصال بين الاثني عشري والقناة الصفراوية
او الأمعاء الغليظة الى غير ذلك وقد يسمى الاتصال على هيئة ناسور
والقرحة المذكورة قابلة للالتحام ولكن يعقب التحامها في الغالب ضيق
وتشوه في الاثني عشري وفتحة البواب ويتسبب من ذلك تمدد المعدة أو
ضيق فتحة القناة الصفراوية وانسدادها او فتحة القناة المفرزة للبنكرياس
وينشأ من ذلك احتباس هذه السوائل
(الاعراض والتشخيص) قد تكون القرحة الوحيدة الاثني عشرية كامنة لا تصحبها
اعراض واضحة حتى يحصل عارض فجائي كالانثقاب البريتوني أو النزف
الخطر وغير ذلك فان اعراضها المعتادة هي الالم والقيء والتزيف أما الالم
فانه يشبه الم القرحة الوحيدة للمعدة وانما يختلف مجلسه فلا يكون في محاذاة
الشق الخنجري ولا العامود الفقري بل يكون في محاذاة البواب أسفل الحافة
السفلى للكبد ويتشعع نحو الجهة اليمنى وعوضا عن ان يتحرك عقب تعاطي
الطعام فورا لا يظهر الا بعد الغذاء بنحو ساعتين أو ثلاثة وعلى رأي
المعلم غوغوستيك يمكن تمييز القرحة المعدية عن الاثني عشرية بواسطة
البنـ[illegible]

النبيذ فأنه متى تعاطاه المصاب بالقرحة المعدية تتهيج آلامه فى الحال ومتى تعاطاه المصاب بالقرحة الاثنى عشرية تسكن آلامه لأنه يحدث من وصول النبيذ الى المعدة انقباض البواب بالفعل المنعكس فلا ينفذ العصير المعدى فى الاثنى عشرى

وأما النزيف فانه لا يخرج مع القيئ الا فى احوال مخصوصة والغالب خروج الدم مسودا بواسطة المستقيم وربما كان النزيف غزيرا خطرا عقب اصابة الشرايين الغليظة كالمعوى المترجى والبنكرياسى الاثنى عشرى ونفس الأورطى فى بعض الأحيان او الوريد الباب وأما اذا كان الوعاء المصاب غير مهم فان النزيف يتكرر بمقدار قليل ويتسبب من ذلك انيميا وبهاتة الوجه والجلد والاستعداد للاغما

ومما ذكر يظهر ان مضاعفات القرحة هى اثقاب الاثنى عشرى وحصول الالتهاب البريتونى الحاد وتآكل الاوعية الدموية وحصول النزيف الخطر واذا حصل الالتحام ربما يعقبه ضيق البواب وحصول التمدد المعدى أو انسداد القناة الصفراوية وحصول اليرقان المزمن أو تكون السدد فى الوريد الباب الخ

(الأنذار والمعالجة) انذار القرحة الاثنى عشرية خطر جدا ويخشى فيه من حصول الموت الفجائى ومعالجته كمعالجة القرحة الوحيدة للمعدة أهمها التدبير الغذائى اللبنى والقلويات

(خامسا فى الدوسنتاريا)

الدوسنتاريا مرض معدى عفن وبائى فى الغالب أو جنسى يتصف بالتهاب شديد فى الامعاء الغليظة مصحوب بمغص واسهال وزحير وتنسب الدوسنتاريا لسبب ميكروبى ولكن لم تتعين طبيعته الى الآن

(الأسباب) الدوسنتاريا المتفرقة تشاهد فى البلاد المعتدلة فى زمن الحر وأما الدوسنتاريا الجنسية فأنها تتسلطن قريبا من خط الاستواء وفى بعض

البلاد الحارة كالهند والسنغال والمكسيك والجزائر ونحوها وتتولد من شدة الحرارة والشروط المياسمية الخاصة بتلك البلاد وقد توجد مع الملاريا في آن واحد حتى ان بعض المؤلفين يزعم انها متعلقة بالمياسم الآجامي ولكن ماينفي ذلك ندرة الدوسنتاريا في بعض البلاد التي تتسلطن فيها الحميات المتقطعة كالجادلوب والسنتوريغ

وسواء كانت الدوسنتاريا متفرقة اوجنسية فانها تكثر مدة الصيف عقب الامطار وشرب المياه الملوثة خصوصا المياه المختلطة بالمواد العضوية او المتحللة والفواكه العفنة والمساكن الغير الصحية ومما يساعد على انتشارها تأثير البرد

وأما الدوسنتاريا الوبائية فانها تحدث من اجتماع الشروط السابقة لاسيما في المزدحمات مدة الفاقة كما يشاهد ذلك في السجون الممتلئة والقشلاقات والمدن مدة الحصار ويشترط لتأثير هذه الأسباب استعداد جوهر مخصوص مجهول الطبيعة وانتشار الدوسنتاريا بالعدوى على غالب الظن يتعلق بمواد التبرز ويمكن تفسير تأثير جوهرها العفن أو المكروبي على الأمعا الغليظة خاصة بطرح سير المواد الثقيلة فيها وبالاستها لغشائها المخاطي مدة مستطيلة (التشريح المرضي) آفات الدوسنتاريا المهمة تشاهد في التشريح السيني والمستقيم والامعاء الغليظة لغاية صمام بوهين وفي النادر امتدادها في الجزء الأخير من الأمعاء الدقاق ويمكن تقسيم الدوسنتاريا بالنظر لآفاتها المرضية الى دوسنتاريا خفيفة التهابية ودوسنتاريا خطرة يسميها ورشو بالدفتيريا الموضعية لأجل تمييزها عن الدفتيريا النوعية الكروبية وقد استحسنا ترك هذه اللفظة في شرحنا حتية لتشويش المعنى وحصول الالتباس وخلاف ذلك نشاهد الدوسنتاريا المزمنة ذاتية اوتابعية للشكل الحاد ولأجل تسهيل معرفة هذه الآفات نبتدئ أولا بشرح نسيج الامعا الغليظة بالايجاز على سبيل التذكار فنقول

الأمعاء

الامعاء الغليظة تتركب من عدة طبقات وهي الطبقة المصلية ثم طبقتان عضليتان ذوا الياف ملسة الياف احداها مستطيلة والياف الثانية حلقية ثم طبقة من النسيج الخلوى محتوية على الغدد المنفردة المخلوقة المحاطة بشبكة وعائية تسمى بالغشاء الوعائى لدبلينجر وبعض أوعية لمفاوية ثم الغشاء المخاطى الذى توجد فيه غدد ليبركون الاسطوانية سطحية ومحاطة بشبكة وعائية ومبطنة ببشرة ذات خلايا اسطوانية تستمر مع بشرة الغشاء المخاطى للامعاء

ففى الدوسنتاريا الخفيفة الالتهابية يكون مجلس الآفات ابتداء فى التعوج السينى والمستقيم وتتصف باحمرار الغشاء المخاطى وانتفاخه وتكون ايكيموزات فيه او بقع بفنسجية أو اردوازية غامقة تكون أكثر وضوحا فى حافة ثنيات الجيوب المعوية وتغطى سطح الغشاء المخاطى بطبقة سميكة من مادة مخاطية مصفرة أو صديدية أو مدمة شبيهة بمواد البراز الدوسنتارية ونشاهد على سطح الغشاء المخاطى بروزات متكونة من الغدد اللمفاوية المنتفخة ثم تظهر فى الغشاء المخاطى تقرحات مستديرة مقطوعة الحافات قطعا عاموديا وتقرحات اخرى غير منتظمة الحواف ومختلفة الاتساع وبالبحث الميكروسكوبى توجد الاوعية الشعرية المحيطة بالغدد فى حالة احتقان شديد والنسيج الخلوى حولها مرتشحا بخلايا جنينية وتكون الغدد الانبوبية مضغوطة ومستطيلة والغدد المخلوقة منتفخة وبارزة على سطح الغشاء المخاطى وتنتهى بالتقرح فيتفرغ تجويفها وتكتسب تقرحاتها هيئة انبعاج واضح وخلاف هذه التقرحات بجوار الغدد فان الغشاء المخاطى يتغنغر فى بعض الحال ويسقط بتمامه ويعقب ذلك تقرحات متسعة غير منتظمة وتغطى بازرار لحمية وتنزف صديدا غزيرا ولكن هذه الآفات تنتهى بالشفاء غالبا فى الشكل الخفيف وأثر التحامها تكون رقيقة منبجة تقريبا شفافة فى الابتداء ثم تستوى فيما بعد

وأما فى الدوسنتاريا الخطرة فتكون الآفات التشريحية أكثر اتساعا فتعم الأمعاء الغليظة أو تمتد الى اللفائف وتكتسب الالتهاب هيئة الفلغمونى المنتشر فى الطبقة الخلوية تحت الغشاء المخاطى ويصير لونه أحمر غامقا أو مزرقا أو مصفرا أو مخضرا أو كابيا مسودا وقد يعم الارتشاح والتلون جميع طبقات جدر الأمعا فتكتسب قواما وسماكة زائدة ونشاهد على سطحها طبقة من افراز قيحى مدمم منتشرة باستواء أو على هيئة بقع أو أشرطة وتحتها تقرحات عديدة فى الغشاء المخاطى فيتعرى ويتغنغر ويسقط على هيئة شرائح عريضة وتظهر الطبقة الخلوية تحته ونشاهد فيها آثار الغدد المرتشحة وتتولد على سطحه ازرار لحمية محمرة وبالبحث الميكروسكوبى عنه يوجد مرتشحا بليفين منعقد او مختلط بكرات بيضا وبعض حبيبات يعتبرها بعضهم انها ميكروبات الدوسنتاريا وتكون هذا الانعقاد الليفى هنا هو السبب فى تسمية الدوسنتاريا بالدفتيرية وتوجد الاوعية اللعوية متمددة وممتلئة بالدم وجدرها مرتشحة بالخلايا البيضا الجنينية والخلايا العقيمة وتوجد الأوعية اللنفاوية ايضا محتقنة ومرتشحة وينشأ من هذه الارتشاحات ضخامة الطبقة الخلوية بحيث يزيد سمكها فى بعض الحالات اضعافا وتكتسب هيئة حلمية غير منتظمة وقد يمتد الالتهاب فى الطبقة الخلوية فى اتساع كبير وينتهى بالتقيح على هيئة خراج منتشر يوجب تعرية الغشاء المخاطى وتثقبه وارتشاح الطبقة العضلية تحته وربما اصاب المنشاء المصلى فيلتهب ايضا أو ينثقب وتنسكب المواد فى تجويف البريتون

واذا امتد الالتهاب الى اللفائف يتصف باحتقان الاوعية وارتشاحها واصابة الغدد الانبوبية ولا يصيب الطبقة الخلوية بدرجة اصابة الامعاء الغليظة ولا يصيب الغدد المغلوقة ولا غدد بير

ثم ان التقرحات المذكورة ربما تنتهى بالالتحام واثر الالتحام التى تعقبها

رقيقة

رقيقة منبججة اذا كانت القرحة الاصلية سطحية واما اذا كانت غائرة فان اثرة التحامها تكون سميكة مسمرة او سنجابية أو مسودة بسبب ارتشاحها بالمادة الملونة للدم وتأثير الايدروجين المكبرت عليها ويتسبب عنها ضيق الامعا أو تشوهها بدرجة مختلفة

ويصحب الآفات المذكورة عادة التهاب العقد اللنفاوية للمساريقا وتقيحها ولين الطحال وضخامته والتهاب الكبد وخراجاته

وأما الدوسنتاريا المزمنة فتتصف باحمرار الغشاء المخاطى للامعاء الغليظة على هيئة بقع مع تقرحات مستديرة او بيضاوية مسمرة اللون أوارد وازية مجلسها الغدد المغلوقة التى تقيحت وانفجرت ولذلك تكون القرحة بودقية ويكون قاعها متصلا بتجويف الغدد المغلوقة ويحتوى قاعها على مادة هلامية الشكل مستديرة شبيهة بحبة الساجو المطبوخ يمكن اخراجها منها بالضغط على حافتى القرحة وقاعها

واما النسيج الخلوى تحت الغشاء المخاطى وبين العضلات فتحصل فيه ضخامة وتيبس ليفى فيصير ثخينا كثيفا وينشأ من ذلك تصلب جدر الامعاء واكتسابها هيئة الاسطوانة المتوترة

(الأعراض) تختلف مدة الاعراض فى الدوسنتاريا الخفيفة والخطرة والمزمنة ويسبقها على العموم حصول مغص واسهال بسيط يستمر من يوم الى يومين وربما استطالت مدته الى اسبوع أو اسبوعين ويستشعر المريض بضعف وبرودة فى الجسم وتزداد مدة المغص ويعود على فوب متقاربة وتتغير طبيعة المواد البرازية ويقل مقدارها ويصحب التغوط زحير يأخذ فى الشدة مع تكراره ويحس المريض بآلام محرقة فى المستقيم ويضطر للزوج الى بيت الراحة نحو العشرة أو العشرين مرة فى اليوم وربما تكرر التغوط نحو ٥٠ مرة أو ١٠٠ أو ٢٠٠ فى الاربعة وعشرين ساعة بحيث لا يمضى عليه ربع ساعة أو نصف ساعة مستريحا وقد يمتد الزحير ويصيب المثانة فى آن

واحد ومع تكرار المجهود والزحير العنيف لا يتبرز الا مقدارا واهيا نحو الملعقة الصغيرة من مواد مخاطية هلامية الشكل عديمة اللون نصف شفافة شبيهة بالزلال المطبوخ قليلا وفيها عروق دموية أو تكون ممزوجة بالدم صدائية اللون ثم متى تقرحت الامعاء تظهر فيها مواد صديدية عديمة الرائحة ويزداد مقدار الدم فيها أو يكون نزيفيا أو على هيئة جلط ومحتوية على بعض اغشية دقيقة تكسبها هيئة غسيل اللحم وتحدث هذه الاغشية من تقرح الغشاء المخاطى وتغنغره كما يثبت ذلك البحث الميكروسكوبى عن طبيعتها الحقيقية وبعض المؤلفين ينفى ذلك ويقول بأنها نتيجة الافرازات الالتهابية وقد يحتوى البراز على مواد ثقيلة سائلة او ذات قوام وقد يستمر خروج هذه المواد مدة طويلة وقد نشاهد فى البراز حبوب شبيهة بحبوب الساجو المطبوخ تحدث من تقرح الغدد المغلوقة او تكون طبيعتها مخاطية وقد تكون المواد البرازية حمراء مسمرة او مسودة ورائحتها تفهة منوية مخصوصة أو كريهة جدا منتنة وقد يبلغ مقدارها فى اليوم نحو ليتر الى ٣ او ٥

وبالجس عن البطن توجد فى الابتداء قليلة الانتفاخ والتألم مزمنة وخالية من التيبسات وبعد ذلك تصير مؤلمة على سير الامعاء الغليظة وفى حذاء الحفرة الحرقفية اليسرى وبعد مضى ١٠ الى ١٤ يوما تقل المواد المخاطية فى البرازات بسبب تلف الغشاء المخاطى ويكثر السائل المصلى القيحى أو يخرج الصديد بصرفا اويكون البراز مدمما ومحتويا على شرائح من الغشاء المخاطى وتكون رائحته منتنة جدا

والاعراض العامة تكون فى الابتداء خفيفة حتى فى الدوسنتاريا الخطرة فلا تزيد الحرارة عن ٣٩ ويسرع النبض جدا الا فى الأحوال الالتهابية الشديدة ويشتكى المريض بالعطش ولا تفقد الشهية فى الابتداء ولما تعاطى الاغذية يحرك المغص والاسهال وكذلك شرب السوائل البارده

ولذلك

ولذلك يجب ترجيح المواد المغايرة وتنوع الاعراض والسير بتنوع الدوسنتاريا والاحوال الجنسية أو نوع الوبا

فاذا كانت الدوسنتاريا منتشرة فى البلاد المعتدلة تكون فى العادة خفيفة مصحوبة بحمى لا تزيد الدرجة فيها عن ٣٨ ولا يزيد الاسهال عن ١٢ أو ١٥ مرة فى اليوم ولكنها تحدث مخاطا والخطاطا فى القوى وتبرأ فى مسافة ٧ الى ١٠ ايام والدوسنتاريا المنتشرة فى البلاد الحارة تكون اثقل من ذلك فتصحبها حمى تصل درجتها الى ٣٩ ويرافقها عطش زائد وجفاف فى الجلد وسرعة فى النبض وزيادة فى الاسهال والزحير والمغص وانحطاط شديد وبرودة وتعس وربما انتهت بالموت فى مسافة نحو ٢٠ يوما وأما الدوسنتاريا الالتهابية فان الحمى تكون فيها شديدة والنبض قويا متوترا واللسان احمر جافا والاسهال متواترا واذا توقف الاسهال تنحط الحمى وأما الدوسنتاريا الصفراوية فيصحبها خروج مواد صفراوية بكثرة مصفرة أو مخضرة ويشتكى المريض بغثيان وقئ ويتغطى لسانه بطبقة مصفرة ولا تصحبها حمى شديدة وتتصف الدوسنتاريا الضعيفة بالانحطاط المفرط والكوما وتتصف الدوسنتاريا العصبية بالهذيان والهيجان وتشنج الايدى التى تختلج العضلات وقفز الاوتاد والشكلان الاخيران يعتبران من الاشكال الخبيثة

ومهما كان شكل الدوسنتاريا فانها متى مالت الى الانتهاء الحميد تلطف اعراضها ويخف المغص والزحير وتبتدئ المواد الثقيلة بالظهور فى البراز وتزول المواد المخاطية والصديد والدم بالتدريج وقد يحدث من الدوسنتاريا نوع روماتيزم مفصلى بجلسه فى الغالب الركبتان ومفصل القدم والكتف ومفاصل الأصابع يتميز بعدم اصطحابه بالحمى وبخفة الألم وظهور الروماتيزم بوقف الأسهال غالبا ويتماصى الروماتيزم الدوسنتارى وربما استمر مدة اسابيع أو اشهر وانما لا يتضاعف بآفات

حشوية كالروماتيزم المعتاد وقد يتخلف عن الدوسنتاريا ضعف شديد في الأطراف السفلى يقرب من نصف الشلل

وقد يتخلف عنها ايضا التهاب في الغدة المكفية يظهر عادة مدة النقاهة ومن المضاعفات التي تشاهد مدة سير الدوسنتاريا أو في النقاهة التهاب وخراجات وانثقاب الأمعا وحصول الالتهاب البريتونى الحاد واصابة الأوعية وحصول نزيف غزير أو خطر والتحام التقرحات يوجب ضيق قطر القناة المعوية ويبقى الشخص عرضة للاحتباس المعوى

وأما اذا كان الانتهاء محزنا فان الضعف والانحطاط يشتدان وتهبط التقاطيع ويتغطى الجسم بعرق بارد وتنتشر منه رائحة كريهة وربما انقطع افراز البول ويتغطى اللسان والشفتان بقشور وسخة ويحصل الفواق ويحدث التغوط بدون الارادة ويتسلطن الشرج أو يحصل سقوط في المستقيم وتظهر الغنغرينا الموضعية ولكن لا تتأثر القوى العقلية غالبا ما لم تكن الدوسنتاريا عصبية أو اقترب الأجل فانه يحصل الهذيان ولا يستشعر المريض بالآلام وكثيرا ما ترتفع الحرارة حالة النزع

وأما الدوسنتاريا المزمنة فانها تشاهد بالأكثر في البلاد الحارة وتعقب الشكل الحاد غالبا واعراضها كاعراض الدوسنتاريا الحارة فقط بدرجة أخف فيتبرز الشخص مرارا موادا مصلية أو قيحية قد تكون مدممة ذات رائحة كريهة مخصوصة تتنوع من يوم الى آخر ويصحبها زحير خفيف أو ثقل في المستقيم وارتخاء في العاصرة وتتألم البطن بالضغط ولا توجد الحمى مطلقا وتكون الشهية محفوظة او عديمة الانتظام او متزايدة ومع ذلك يتقدم النحول وقد يصل الى درجة الكاشيكسيا ويستمر المرض اشهرا او سنين مع فترات تحسين وحدة في الاعراض وربما برء المريض من نفسه أو بالمعالجة اللائقة ولكن ينتهى الأمر بالوفاة غالبا اما من تقدم الكاشيكسيا

الكاشيكسيا أو عقب المضاعفات كخراج الكبد والالتهاب الوثوى والسل وداء برايت والاستحالات النشوية للاحشاء أو الالتهاب الاصورى أو البريتون

(التشخيص) الدوسنتاريا الحارة تشخيصها سهل وأما المزمنة فيلزم تمييزها من الاسهال المزمن بوجود المواد المدمة والزحير فى الدوسنتاريا والبرازات المخاطية أو الصفراوية البسيطة فى الاسهال

(الانذار) الانذار خفيف فى الدوسنتاريا المتفرقة وثقيل او محزن فى الوبائية ويزيد الخطر على حسب المضاعفات ولا يحصل الخطر فى الدوسنتاريا الا بعد مرور نحو اسبوع الى ١٠ أيام فى الاحوال الثقيلة ولا يحصل الموت عادة الا بعد اسبوعين أو ثلاثة أو أكثر

(المعالجة) متى حصلت الدوسنتاريا فى جهة يلزم عزل المريض ووضعه فى محل هاو وتطهير المحل والمواد البرازية بحمض الفنيك أو سلفات الحديد ويلزم تشتيت المزدحمات وأمر الافراد بلبس الفانيلا والتحفظ من البرد والاعتناء فى التدبير الغذائى ولا تؤكل الفواكه النضجة ولا تستعمل المشروبات الروحية ولأجل تجنب الامساك لا بأس من أكل الفواكه الناضجة بمقدار قليل ويعتنى فى تنقية مياه الشرب

ولاجل معالجة الدوسنتاريا يزعم البعض (فليت) انه الانتظام مع استعمال بعض نقط من صبغة الكينا ادى فى الاحوال المتفرقة الخفيفة والبعض شاهد انها لا تبرأ من نفسها الا فى الاحوال المتفرقة الخفيفة والبعض شاهد ايضا عدم برئها من نفسها الا فى احوال استثنائية واذا عوملت بالشروط الصحية وحدها بدون علاج فانها تنتهى بالموت غالبا أو بالاستحالة الى الحالة المزمنة (ماكلين)

والعلاج الأهم الذى اعتبره اكثر المؤلفين كنوعى ضد الدوسنتاريا هو عرق الذهب فيبتدأ بوضع المريض فى الفراش ويعطى له قدر ٢٥

الى ٣٠ لمحة من مسحوق عرق الذهب في قليل من صوابع مناسب كشراب البرتقال وبعضهم يوصى باعطاء ٢٠ الى ٣٠ نقطة لودانم قبل تعاطى عرق الذهب بنصف ساعة لاجل منع القئ وقد لا يحتاج الامر لذلك عند بعض المرضى وبعد أخذ عرق الذهب تلزم الاستراحة التامة مدة ٣ ساعات بالأقل واذا عطش المريض يمكنه مص الجليد أو يعطى له ملعقة صغيرة من الماء البارد ومن النادر ان يشتكى المريض بالقئ أو الغثيان مع هذا الاحتراس ولأجل تلطيف المغص توضع لبخة على البطن او تبل قطعة من القماش الاسفنجى في الماء الساخن وتعصر ويرش على سطحها بعض نقط من التربنتينا ولا يصرح للمريض بعد ذلك الابيض اغذية نشوية ويكرر تعاطى عرق الذهب بعد مضى ٨ الى ١٢ ساعة بمقدار أقل من السابق مع اتباع الاحتراسات المذكورة وبعضهم يستعمل مسحوق عرق الذهب بمنقوعه (٣ الى ٨ جرامات في ٢٠٠ من الماء و٢٠ الى ٣٠ نقطة لودانم) ويعطى منه ملعقة كل ساعتين ويعقب استعمال عرق الذهب في الغالب خفة في الزحير وتحسين في الاسهال وفقد المخاط والدم من البراز وعرق الذهب تعقبه راحة المريض والنعاس وانما تلزم المداومة على اخذ الدواء بمقادير متناقصة مدة بعض ايام حتى تكتسب المواد البرازية اوصاف الغائط المعتادة

واذا حصل من عرق الذهب فيما مستعصى يبحث عن الكبد والطحال لانه ربما تكون الكبد مصابا أو تكون الدوسنتاريا متضاعفة بالحمى المتقطعة وفي هذه الحالة تعطى سلفات الكينا وعرق الذهب على التعاقب ويلزم عادة تنظيف الامعاء قبل اجراء المعالجة فيعطى زيت الخروع مع بعض نقط من صبغة الأفيون ويقوى فعل عرق الذهب بعمل حقنة نشوية مسكنة لاجل تلطيف الزحير واذا كانت الدوسنتاريا التهابية يوصى بعضهم بوضع المريض في حمام ساخن قدر ثلث ساعة ويخرج منه محفوظا ملتفا بالملابس الدافئة

ويوضع

ويوضع في فراشه ثم يعطى له عرق الذهب
وأما الادوية الأخرى التي كانت مستعملة ضد الدوسنتاريا والزيبق الحلو والمركبات الافيونية فانها قليلة النفع أو مضرة والفصد لا يلزم فعله خشية انحطاط قوى المريض
وطريقة المعلم (تروسو) هي اعطاء المريض مسحوق عرق الذهب بمقدار ٣ جرام على ٤ ورقات فيأخذ كل ١٠ دقائق ورقة حتى يحصل القيء ثم يعطى في اليوم الثاني سلفات الصودا بمقدار ١٥ الى ٢٠ جراما ويكرر تعاطيه كل صباح حتى تكتسب المواد البرازية هيئة الغائط وفي آن واحد تفعل حقنة في المستقيم مركبة من نترات الفضة ٢٠ ز الى ٢٥ ز في ٥٠٠ ماء) ولأجل تلطيف الزحير تفعل حقنة نشوية مسكنة
ويلزم الاعتناء في التدبير الغذائي فلا يصرح للمريض الا بالمرقة والفتة البيهريز والامراق الخفيفة ومثل سيدلم الابيض واللبن المغلي والماء النبيذي
وأما الدوسنتاريا المزمنة فتحتاج لتبديل الهواء بسرعة من البلاد الحارة الى البلاد المعتدلة وتراعى الشروط الصحية في التدبير الغذائي أو يلزم بالحمية اللبنية وحدها أو مع اللحم النيئ أو بعض نشويات مطبوخة وربما كان ذلك كافيا لتمام الشفا واذا استمر الاسهال يمكن اعطاء عرق الذهب بمقدار قليل أو سلفات الصودا في كل صباح بمقدار قليل ايضا (٥ الى ١٠ جرامات) أو يعطى نترات البزموت وساليسيلاتها بمقدار ٥ الى ٢٠ جراما في اليوم أو يعطى فوق نترات الحديد وبقية القوابض كالكاشو وحمض التنيك وخلات الرصاص وسلفات النحاس ونترات الفضة من الباطن أو حقنة وسلفات الزنك حقنة ويقتصر في الاحوال الصعبة على الحمية اللبنية وحدها أو مع اللحم النيئ وبعض نشويات مطبوخة جيدا

﴿ المبحث الثاني في الاحتباس المعوى ﴾

صعوبة مرور المواد في القناة الهضمية (احتباس غير تام) أو عجزها الكلى (احتباس تام) يعبر عنه بالاحتباس المعوى ويتنوع الاحتباس المعوى بتنوع منشئه وأهم أنواعه هو الاحتباس المتعلق بتداخل الأمعاء في بعضها وكذلك الاحتباس الناشئ من ضيق الأمعاء أو انسدادها أو ضغطها أو من وجود أجسام غريبة فيها أو من التوائها وتعقدها أو من تشنجها العصبي وتختلف الأعراض على حسب كون الاحتباس تاما فتكون أعراضه حادة أو غير تام فتكون أعراضه بطيئة والأعراض الحادة تشاهد عادة في احتباس الأمعاء الدقاق والأعراض البطيئة تشاهد غالبا في احتباس الأمعاء الغلاظ

ولنبدأ بذكر تداخل الأمعاء ثم نتبعه بذكر ضيقها وانسدادها بالأسباب الأخرى فنقول

(أولا في تداخل الأمعاء في بعضها)

تداخل الأمعاء في بعضها هو دخول عروة في أخرى كانحشار إصبع الأدوان في نفسه وينقسم التداخل المعوى الى حيوى وهو ما يحصل في مدة الحياة ونزعى وهو ما يحصل في مدة النزع

(التشريح المرضى) التداخل المعوى النزعى لا أهمية له في الاكلينك ويشاهد عادة عند الأطفال الهالكين بالنزلات المعوية أو بمرض المراكز العصبية ويتميز هذا التداخل بكونه في الغالب متعددا أو قصيرا (بطول ٣ الى ٥ سنتيمتر) سهل الرد بالجذب على طرفى الأمعاء وغير مصحوب بالالتهاب ويمكن معرفة حصوله بانقباض بعض العرى المعوية التي أخذت حيويتها عن العرى الأخرى فتنفذ العروة المنقبضة في العروة المسترخية وينشأ هذا التداخل النزعى دائما في الأمعاء الدقاق ويمكن حصوله من أعلا الى أسفل وبالعكس على حد سواء

وأما

وأما التداخل المعوى الجيوى فأنه يحصل عادة من أعلا الى اسفل بمعنى ان العروة العليا تحشر فى عروة اسفل منها ولا يشاهد العكس الا فى احوال استثنائية ويتميز الجزء المتداخل من الامعاء بثلاث طبقات الطبقة الباطنة وهى متكونة من الامعاء الداخلة والمتوسطة وهى متكونة من الامعاء المثنية والطبقة الظاهرة وهى متكونة من الامعاء المغمدة ويوجد فى الجزء المتداخل قناتان قناة مركزية متكونة من الامعاء الداخلة وقناة دائرية متكونة من الامعاء المثنية والمغمودة معا وتتصل القناة المركزية بالدائرية فى الحافة السفلى للثنية المعوية ويعبر عن هذه الثنية بالمنبار أو المكبس وتنتهى القناة الدائرية من أعلا فى الزاوية العليا المتكونة من الامعاء المثنية والامعاء المغمودة وهذه الزاوية تسمى بالعنق وبالتأمل فى الجزء المتداخل يوجد الغمد ملامسا للأمعاء المثنية بواسطة الغشاء المخاطى وان الامعاء الداخلة تلامس الامعاء المثنية بواسطة الغشاء المصلى والمساريقا طبعا تتبع الامعاء الداخلة وتكون منضغطة لاسيما فى حذاء العنق وقد تجذبها على الامعاء الداخلة فتكتسب فتحتها المركزية تقعرا وانحرافا مواجها لمحل اندغام المساريقا فيها فتصير خطية بدل ان تكون مستديرة ويكون التداخل المعوى عادة بسيطا وقد يكون متعددا اى شاغلا لنقط مختلفة من الامعاء وقد يكون غير تام بمعنى أن الامعاء لم تنحشر الا فى جزء من جدرها فقط ولكن التداخل الغير التام المذكور ينتهى بصيرورته تاما عادة وقد يزدوج التداخل بمعنى ان العروة المعوية الموجودة اعلى من الجزء المتداخل تنحشر فى قناته المركزية بصفة تداخل آخر وربما حصل تداخل ثالث فى القناة المركزية للتداخل الثانى وان كان ذلك استثنائيا ولا يكاد يشاهد التداخل المزدوج والثلاثى الا فى الامعاء الغليظة عقب التداخل اللفائفى الاعورى وفى النادر يزدوج التداخل بالعكس بمعنى ان الجزء المتداخل أولا من أعلا الى

اسفل يتداخل في الامعاء فوقه بالعكس

وطرق حصول التداخل المعوي عديدة فاذا وجدت اورام بوليبوسية مثلا في جدر الامعاء يحصل التداخل بجذب الورم عليها لثقله او بسبب ضغط المواد الثقيلة عليه و دفعه الى اسفل واذا حصل شلل جزئي في الامعاء يتداخل الجزء السليم في الجزء المشلول او بالعكس وكذلك اذا حصل انقباض تشنجي في جزء من الامعاء يحصل التداخل في جزء التشنج ويحشر الجزء المتشنج في الجزء السليم او بالعكس (نوثناجل)

وبالنظر لمجلس التداخل المعوي فانه يمكن مشاهدته في جميع اجزاء الامعاء من ابتداء الاثني عشري لغاية المستقيم لكنه اكثر حصولا في جزء الاعور ويسمى باللفائفي الاعوري ولحافة السفلى للقناة المركزية فيه تكون متكونة غالبا من صمام بوهين او تكون متكونة من اللفائف وبعد التداخل اللفائفي الاعوري في الاغلبية ($\frac{44}{100}$) يأتى التداخل اللفائفي ($\frac{30}{100}$) ثم القولوني ($\frac{18}{100}$)

ومتى ابتدأ التداخل المعوي فانه يميل الى التزايد بسبب تراكم المواد الثقيلة خلفه وضغطها على الامعاء ودفعها لها على الدوام ويقوى تأثير دفع المواد اذا كان السبب في التداخل المعوي وجود ورم فان ثقل الورم ودفع المواد عليه يوجب جذب الامعاء المتداخلة وامتداد التداخل وكلما تقدم التداخل المعوي فان الغد المعوي الذي كان عنقا يدخل ويكون جدر القناة الدائرية وقد يصل امتداد التداخل الى درجة كبيرة لاسيما في القولون وربما تقدم الاعور داخل القولون الى غاية التعريج السيني او ربما دخل في المستقيم ووصل الى الشرج او سقط منه وظهر الى الخارج بقدر بعض سنتمتر الى نصف متر (ليشورست)

و يتسبب من تداخل الامعاء لاسيما اذا كان مزدوجا اضطراب في دورة الجدر المعوية تشاهد اولا في الامعاء الداخلة فتحتقن وتنتفخ ثم تلتهب

تلتهب وتلتحم جدر الاجزاء المتداخلة ببعضها ويستمر التداخل مصحوبا بالضيق المعوي في حالة مزمنة أو تنضغط الامعاء المتداخلة تحت غمدها خصوصا في حذاء العنق ويتسبب من ذلك وقوف الدورة فيها واحتباسها ووقوعها في الغنغرينا وانفصالها التام او سقوطها في القناة المعوية تحتها وخروجها في البراز وبعد ذلك انتهاء حميدا متى اعقبه سلوك القناة المعوية وحصول الشفا ولكنه قد تتسبب عنه اصابات وعائية يعقبها نزيف غزير او مخطر أو ينثقب البريتون في حذاء عنق التداخل اذا لم يتم الالتحام من قبل أو تنكمش الندبة وتزور العروة المعوية بقوة وتعرض الشخص لعوارض الضيق والانسداد المعوي

وينشأ من تداخل الامعاء ضيق قطرها أو انسدادها وهبوط الامعاء تحت التداخل وانتفاخها فوقه بدرجة مختلفة وقد يصل الانتفاخ المعوي الى درجة توجب دفع الحجاب الحاجز الى اعلا وتحويل القلب

وعوارض التداخل تتضمن التهاب البريتون وانثقابه والانزفة المعوية والامتصاص الصديدي أو العفن

(الاسباب) يشاهد التداخل المعوي عند الاطفال بنسبة نصف الأحوال أو اكثر ويشاهد بقدر الربع بين سن ٣ و١٢ شهرا والاغلب بين سن ٤ الى ٦ اشهر وتصيب الاطفال الذكور اكثر من الاناث كنسبة ٣ الى ٢ (بلس) ويندر التداخل بعد سن ٢١ سنة ويشاهد في الكهولية عند النساء اكثر من الرجال

ومن الاسباب المهيئة السقوط والضربات على البطن وحمل الاثقال والامساك والاسهال والدوسنتاريا وأورام الغشاء المخاطي كالبوليبوس تساعد على حصول التداخل المعوي وقد يضاعف التداخل ضيق الامعاء

(الاعراض) قد تنقسم الاعراض الى دورين دور الآلام ودور الانحطاط

ويبتدئ التداخل المعوي عادة بألم شديد يدحول السرة يوجب صراخ

الطفل وربما تسبب عنه التشنج العام ويوجب التواء المريض وتمرغه فى الارض فى حالة ضجر ويتلطف الألم ويعود ثانيا على هيئة نوب ويتناقص أو يزول اذا قرب الأجل ويصحب الألم عادة قئ ويكون المخلوط فى الابتداء متكونا من المواد الثقيلة الموجودة فى الطرف السفلى من الامعاء ثم يعقبها خروج مادة مخاطية مدممة أو دم صرف ويستمر الامساك بعدها وتسترخى البطن أو تنتفخ انتفاخا طبليا

ويجس جدر البطن يحس فيها بورم يصعب تحديده اذا كانت البطن منتفخة أو ضخمة او كانت جدرها متوترة وفى هذه الحالة يمكن تنشيق المريض الكلوروفورم لأجل استرخاء جدر البطن وتحديد هيئة الورم الذى يكون منباوى الشكل يختلف طوله باختلاف درجة امتداد التداخل المعوى وبالقرع عليه يوجد اصما ولكن لا يتيسر تحديد الاصمية اذا كانت البطن منتفخة ويختلف مجلس الورم باختلاف نقطة التداخل ويكون غالبا فى الحفرة الحرقفية اليمنى ويكون مجاورا للسرة اعلا أو اسفل منها أو على يمينها أو يسارها واذا كان فى الحفرة الحرقفية اليمنى فانه لا يستمر ثابتا فى محله بل يتغير مجلسه كلما امتد التداخل بطول الأمعا الغليظة فيحس به اعلا السرة أو بجوارها ثم يمتد نحو الحفرة الحرقفية اليسرى واذا وصل الى المستقيم يحس به بالعرض فى القسم الخثلى ويكون مرنا رخوا أملس ولكنه يتوتر وينضم مدة المغص

وبالجس المستقيمى توجد العاصرة مرتخية بحيث يسهل ادخال الأصبع وتوجد ثنياته الطبيعية مفقودة فيصير املس وربما وصل الأصبع الى الجزء المتداخل من الأمعا فيحس به على هيئة ورم رخو مستدير فى وسطه فتحة القناة المركزية الشبيهة بفتحة الرحم ويحس بالقناة الدائرية حولها بحيث يمكن تتبعها بطرف الأصبع ولا يتلوث الأصبع مدة الجس بمواد ثقيلة بل يتغطى بطبقة من مواد مخاطية مدممة واذا وصل

وصل المتداخل المعوى الى غاية الشرج وبوزمنه تتيسر مشاهدته بالعين
وكلما تزايد احتقان الأمعاء المتداخلة يتناقص قطرها ويزداد الاحتقان
الوريدى ويحصل نزيف فيخرج الدم من المستقيم مختلطا بمواد مخاطية أو
يكون الدم غزيرا محمرا لا مسودا ولا يحصل الزحير الا اذا وصل التداخل
الى المستقيم واذا كان التداخل فى الاثنى عشرى ربما يحصل القيء الدموى
ومتى انسدت الامعاء المتداخلة تشاهد اعراض الانسداد المعوى
التى سنذكرها قريبا وتنتفخ البطن ويحصل القيء البرازى وتهبط القوى
ويهلك المريض بسرعة واذا تضاعف التداخل المعوى بالتهاب البريتون
أو انثقبت الامعاء تشاهد اعراض الانسداد المعوى التى سنذكرها
قريبا وتنتفخ البطن ويحصل القيء البرازى وتهبط القوى ويهلك
المريض بسرعة واذا تضاعف التداخل المعوى بالتهاب البريتون
أو انثقبت الامعاء تشاهد اعراض الالتهاب البريتونى الحاد التى
تعجل على المريض

ودوام النزيف يدل على عدم حصول الغنغرينا فى الامعاء المتداخلة
والاستثناء فى ذلك قليل ومتى ابتدأت الغنغرينا يمكن الاستشعار
برائحتها فى مواد البراز أو بخروج بعض اجزائها معه وقد يخرج الجزء
المتداخل جميعه وقد شاهد المعلم كروفلييه سقوط قطعة من الامعاء
متغنغرة طولها ٣ امتار ويمكن تعيين طبيعة الجدر المعوية تقريبا
بواسطة البحث الميكروسكوبى وانفصال الامعاء المتكرزة يشاهد
عادة فى مسافة ١١ الى ٢٢ يوما وانفصال الامعاء الغليظة يحتاج
الى مدة اطول من الامعاء الدقيقة واذا كانت الحالة حميدة يعقب
انفصال الامعاء المتكرزة حصول الشفاء ولكنه قد يتسبب عنه نزيف
خطر أو انثقاب الامعاء وحصول التهاب بريتونى حاد أو ضيق معوى
أو يحدث من النقيح امتصاص صديدى أو عفن أو تتكون سدد سيارة فى

الاوردة المساريقية وربما وصلت الى الاحشاء لاسيما الكبد واوجبت التهابات عفنة

ثم ان سير المرض ومدته يختلفان باختلاف درجة الضيق فقد يهلك المريض فى مسافة بعض ايام فى دور الانحطاط الذى يطرأ من اليوم الرابع الى السابع وهذا ما يعبر عنه بالتداخل الحاد ويشاهد بالاكثر عند الاطفال وفى دور الانحطاط تخف الآلام وتنصرف ويقف القئ والتبرز وقد يكتسب المرض سيرا بطيئا وربما استطالت مدته بعض اسابيع أو أشهر أو سنين وهذا ما يعبر عنه بالتداخل المزمن ويشاهد بالاكثر فى التداخل المفائفى الاعورى وربما انتهى التداخل المعوى المزمن بتغرينا الامعا وانفصالها فيتعرض المريض للعوارض التى سبق بيانها

ومن المشاهد ان التداخل المعوى متحصل من تسهل انكساته فلا يؤمن الانذار بعد الشفاء ويلزم الدوام على مراعاة الشروط الصحية الموافقة

(التشخيص) تشخيص التداخل المعوى لا صعوبة فيه متى اجتمعت اعراضه المهمة كالألم وتبرز مواد مخاطية مدممة سائلة والورم المبارى واعراض الضيق المعوى وحيث ان هذا المرض اكثر حصولا للاطفال فمتى شوهد طفل يشكى بعض نوب وكانت مواده البرازية مخاطية مدممة يبادر بالبحث عن بطنه جيدا لاستكشاف الورم ويجس المستقيم لاجل الوصول الى التشخيص ولا يلتبس التداخل بپوليبوس المستقيم فان الجس بالاصبع يفرق بين شكل البوليبوس والامعاء المتداخلة ولا يلتبس التداخل بپوليبوس المستقيم فان الجس بالاصبع يفرق بين شكل البوليبوس والامعاء المتداخلة ولا يلتبس التداخل بالدوسنتاريا ولا بسقوط المستقيم ولا بالالتهاب البريتونى العام بالنظر لوجود اعراض الاحتباس المعوى

(الانذار) انذار التداخل المعوى ثقيل لأن الوفيات فيه تصل الى ٩/١٠ واخطاره شتى ونكسانه عديدة واذا انتهى بالغنغرينا وانفصلت الامعاء المتداخلة يستهدف المريض عرضة للنزيف والالتهاب البريتونى وضيق الامعاء وتهلك الاطفال المصابة غالبا بالانحطاط والهبوط وتهلك الكهول من الآلام والجوع والعوارض الطارئة

(المعالجة) تعالج الآلام بالمركبات الافيونية فيعطى للكهل كل ساعة مقدار ٠,٠١ سنتى جرام من الافيون حتى يتخدر ويعطى للطفل من نقطة الى ٣ او ٥ من صبغة الافيون كل ساعة مرة حتى يسكن

ولاجل رد التداخل يستعمل الحقن من المستقيم بواسطة الانتيروكليسم وينبغى استعمال الماء القراح الدافئ بمقدار ٢ ك يرمع الاحتراس خوفا من تمزق الامعا وبعضهم يرجح فعل الحقن بعد تنويم المريض بالكلوروفورم ومتى نجح الحقن وحصل الرد تسمع له قرقرة ويتبعه خروج الغازات والمواد من المستقيم بمقدار وافر

ويمكن استعواض الحقن السائلة بالحقن الغازية بواسطة انبوبة طويلة تدخل فى المستقيم بعيدا وتوصل بالحقنة او بواسطة المنفاخ المعتاد ويحاط فتحة الشرج بالقطن او السالة ويثبت بالمشمع لاجل منع خروج الهواء ويمكن استعواض الهواء بغاز حمض الكربونيك الذى يصير تحضيره بواسطة امتزاج بى كربونات الصودا وحمض الطرطريك فى دورق يتصل بانبوبة مرنة تنتهى فى انبوبة المستقيم (دارشانبو) والمعلم سيبسون يوصى بحقن محلول بى كربونات الصودا بقدر (٥ جم للكهل) فى القولون ثم يحقن محلول حمض الطرطريك بعده (بمقدار ١٨ جرام للكهل) فيتولد من ذلك غاز حمض الكربونيك فى الامعاء بمقدار ٥ ليترات ولاجل تجنب التمدد الفجائى الذى يحصل من سرعة تكون الغاز الكربونى نفعل حقنة حمض الطرطريك بالتدريج

بمقدار قليل متكرر ولاجل تسهيل نفخ الغاز يمكن تنويم المريض بالكلوروفورم لتسترخي جدر البطن ولايتألم المريض وبعضهم يوقده مغلقساً ويفعل النفخ بلطف تدريجاً

واذا كان التداخل في الامعاء الغليظة يمكن رده بجس رخو مطلى بالمرهم يدخل في المستقيم ولكن رجوع التداخل بعد رده سهل ويحتاج الأمر لابقاء المجلس في محله مدة لأجل تأكيد النتيجة

واذا لم يرتد التداخل بهذه الوسائط يبادر في فتح البطن ورده باليد قبل حصول العوارض الالتهابية والالتصاقات او الغنغرينا واذا فتحت البطن بعد ظهور هذه المضاعفات يجب استئصال الحزء المصاب من الامعاء وفعل شرج صناعي ويمكن اجراء العملية الجراحية عند الكهول والاطفال سواء

واذا حصل انسداد في الامعاء تفعل الوسائط العلاجية التي سنذكرها في هذا المرض قريباً

ولايصرح للمريض المصاب بالتداخل المعوي الا بالاغذية السائلة كاللبن والامراق والبيض الوشت والقهوة باللبن والنبيذ ولأجل تسكين العطش تعطى قطع صغيرة من الجليد يستحلبها المريض ببطء

(ثانياً في ضيق الامعاء وانسدادها)

(الاسباب) الاسباب التي توجب ضيق الامعاء قد تحدث انسدادها متى زاد تأثيرها بدرجة كافية وتتعلق هذه الاسباب اما بتجويف الامعاء أو بجدرها أو بالاعضاء المجاورة لها

أما تجويف الامعاء فقد تتراكم المواد الثقيلة فيه وتتكاثف وينشأ من ذلك الامساك المستعصي وربما يحصل ذلك عقب الافراط في الأكل واكل الفواكه الغضة والخضراوات الليفية ونحو ذلك أو يكون السبب في ضيق الامعاء وجود اجسام غريبة كالحصيات الكبدية

الكبدية الكبيرة التي تصل الى الامعاء بواسطة ناصور أو الحصيات الصفراوية التي تلتحم ببعضها بالمواد الثفلية وكذلك الحصيات الثفلية التي قد يبلغ حجمها الى بعض ارطال والديدان التي تتكون في الأمعاء وقد تصل الأجسام الغريبة الى الامعاء بواسطة المعدة أو بواسطة المستقيم

وأما جدر الامعاء فينشأ عنها الضيق إما بسبب آفة مادية كالتولدات الغريبة والبوليبوسية و السرطانية والايدائية والبواسير الباطنة واثر الالتحام والضخامة أو تصاب جدر الامعاء باضطراب عصبي مركزي أو دائري كالشلل الذي يعقب صدم البطن ورد الفتوق وتداخل الامعاء وانثناءها والتوائها أو تعقدها المشاهد بالأكثر في المعوج السيني والامعاء الدقيقة بسبب طول المساريقا وتحركها وحشر الامعاء في شق أو تجويف طبيعي أو عارضي وقد نشاهد هذه الشقوق الخلقية في الثرب و المثانة والرحم والحجاب الحاجز ونحو ذلك وقد تحشر الامعاء في تجويف و نيسلو ويسمى ذلك بالفتوق الباطنة وكذلك الفتوق الظاهرة تعرض المصابين بها لضيق الامعاء وانسدادها

وغير ذلك قد تكتسب الامعاء اتجاها معيبا عقب التصاقها بالأعضاء المجاورة أو انحصارها خلف بعض الاربطة التي تعقب التهابات البريتون او الاعضاء المجاورة او التحام طرف الزائدة الدودية بجدر البطن وانزلاق الامعاء تحتها وزد على ذلك الانسداد المستقيم الخلقي وفقد الشرج

وأما آفات الاعضاء المجاورة التي تؤثر على الامعاء وتضغط عليها أو تسدها فاهمها اورام الحوض والرحم والمبيض والمثانة وبقية الاحشاء البطنية وضخامة البروستتا وانثناء الرحم الى الخلف وقد يحصل الضغط من تلبيسات المهبل او من الامعاء الممتلئة بمواد ثقيلة صلبة على الامعاء المجاورة لها او من الشرب المتحمل بشحم مفرط

ويشاهد ضيق الامعاء وانسدادها فى جميع الاعمار وانما يتنوع السبب على حسب السن فعند الطفل يكثر تداخل الامعاء والتوائها والبوليبوس المعوى ويندر عنده حصول الحصوات الكبدية الثقيلة الحاصلة بكثرة عند الكهل ولاسيما المرأة وأما عند الشيوخ فالمشاهد بالأكثر الامساك المستعصى والمعيشة الجلوسية والافراط فى الخضراوات مهيئ لضيق الامعاء وانسدادها

(وقد بينت الاحصائيات ان الوفيات بانسداد الامعا فى لوندرا تبلغ واحدا ونصفا فى المائة)

(التشريح المرضى) الآفات التشريحية فى الضيق أو الانسداد المعوى على نوعين فمنها ما يكون مجلسه فى الامعاء ومنها ما يكون فى الاعضا الأخرى فاذا انسدت الامعا فى اى نقطة لابد ان يتمدد الجزء الذى هو أعلى من هذه النقطة لتراكم المواد والغازات فيه وأما الامعاء التى هى أسفل النقطة المصابة فتصير فارغة منقبضة أوضامرة واذا اصيب الاثنى عشرى بالانسداد فان المعدة والمرئ يتمددان جدا وتكون المواد المتراكمة فوق النقطة المنسدة حالا من الامعا صلبة او رخوة وتكون المواد أعلى منها سائلة وغازية واذا تكاثرت المواد وقلت مقاومة الأمعا ربما تتمزق جدرها واذا تمددت الامعاء بطريقة حادة تكون جدرها باهتة ورقيقة وأما فى التمدد البطيئ المزمن فان الطبقة العضلية تكون ضخمة وربما تباعدت اليافها عن بعضها وبرز الغشاء المخاطى بينها على هيئة جيوب وتكون ملتهبا أو متقرحا او تشاهد فيها اكيموزات وانزفة دموية تكون اكثر وضوحا بجوار النقطة المنسدة ويصحب ذلك فى الغالب التهاب بريتونى محدود أو عام يحصل بالمجاورة أو عقب تمزق الامعاء أو انثقابها

وأما آفات الاعضاء الأخرى فاكثرها حصولا الالتهاب الريتوى الازدرادى والمراد

والمراد به الالتهاب الذى يعقب دخول المواد الثقيلة فى الحنجرة ووصولها الى الرئة مدة القىء ويعرف هذا الالتهاب بالرائحة الغانغرينية ووجود اجزاء مواد القىء فى الشعب يمكن تعيينه بالميكروسكوب وتكون بقية الاعضاء جافة بسبب تواتر القىء وقد يصل الى درجة الجفاف الكوليرى

(الاعراض) اعراض ضيق الامعاء تكون فى الغالب بطيئة مزمنة بخلاف اعراض الانسداد فانها تكون حادة سريعة واهمها فى الحالتين هو المغص والامساك والقىء وانتفاخ البطن

أما الضيق المعوى فاعراضه المهمة هى الامساك والألم وفى النادر القىء أما الامساك فانه يكون فى العادة مستعصيا مالم يقتصر المريض على تعاطى الاغذية السائلة واجتناب الخضراوات والفواكه العسرة الهضم والخبز والبهارات فاذا افرط فى تعاطى هذه الأغذية الصلبة ربما تنسد الامعاء فى حذاء الضيق وقد يحصل الانسداد من بذور أو نوى الفواكه وقد يحل الأسهال محل الامساك كما يشاهد ذلك فى بعض انواع الضيق المعوى المتعلقة بزهرى المستقيم اوسرطانه فاذ تهيج الغشاء المخاطى من المواد المتراكمة فوق الضيق يوجب التهابه وكثرة افرازاته المخاطية الصديدية التى بخروجها ربما تلتبس بالاسهال وقد تكتسب المواد الثقيلة اشكالا مخصوصة لاسيما اذا كان مجلس الضيق فى انتهاء الامعاء الغليظة فانها تكون مبططة شريطية أو اسطوانية دقيقة أو مستديرة صغيرة كبعر المعز والغنم أو يكون فيها حز واضح بسبب مرورها على ورم بوليبوسى مثلا

وأما الألم فيستشعر به المريض فى حذاء الضيق خصوصا اذا كان الضيق فى الامعاء الغليظة أو فى المستقيم وينشأ ذلك الألم من التهيج الميخانيكى الواضح من المواد البرازية على الغشاء المخاطى فى حذاء الضيق ويصحب

الالم الموضعي المذكور منعص معتاد يأتي على نوب وتصحبه قواق وفي مدة تمكن الاحساس بحكة الامعاء الديدانية وتجتمع المواد اعلى الضيق الملوي على هيئة ورم رخو او صلب يتألم المريض بالضغط عليه
ومن المهم تعيين محل الضيق الملوي ومما يساعد على ذلك اعتبار النقطة التي فيها الالام المستمرة فإنها تكون بين السرة والعانة اذا كان مجلس الضيق في الامعاء الدقيقة وتكون اعلى من السرة او في أحد الجنبين اذا كان الضيق في الامعاء الغليظة وبجس الخاصرتين باليد جساً استقصائياً يمكن الاحساس بامتلاء الامعاء بقرب الضيق وبهذه الكيفية يمكن تعيين مجلسه في القولون الصاعد او النازل وبجس الحفرة الحرقفية اليسرى يمكن الاحساس بمجلسه في التعريج السيني ثم يعمل الجس المستقيمي بواسطة الأصبع لاجل تعيين الضيق الذي مجلسه في المستقيم وقد يستعوض الأصبع بالجس المري ذي الزر لتشخيص ضيق المستقيم وانما استعمال المجس يحتاج الى احتراس زائد لأنه ربما ادى الى الغلط بسبب وقوفه في احدى ثنيات المستقيم او عثوره امام بروز المفصل العجزي الفقري وأما المنظار المستقيمي فلا يفيد في التشخيص هنا كما الحقن في المستقيم فأنه وان مفيدا في تشخيص الانسداد الملوي الا أنه لايدل على مجلس الضيق بالتحقيق لأن السائل قد يمر من الضيق فتهيأ لنا ان مجلسه بعيد على غير حقيقة
والمعلم سيمون يوصي بادخال اليد أو الذراع في المستقيم بعد تنويم المريض بالكلوروفورم لاجل تعيين محل الضيق المرتفع ولكن يحتاج ذلك البحث الى يد صغيرة واحتراس كبير لئلا يتمزق المستقيم
ويمكن فعل الجس المهبلي بالأصبع لأجل تعيين الضيق الملوي المجاور لاعضاء التناسل والضيق المتسبب عنها ويتم هذا الجس بالضغط على جلد البطن باليد اليسرى امام الاصبع الداخل في الرحم لأجل الوقوف
على

على حالة الامعاء الموجودة بينهما

ثم ان سير الضيق المعوى ومدته يتعلقان بنوع السبب والدقة فى التدبير الغذائى وقد يستمر المريض مدة سنين متمتعا بصحة متوسطة وينفى هادىء بدون حمى مستريحا فى النوم نظيف اللسان جيد الشهية ولكنه لا يزال عرضة للخطر أو يطرأ عليه عارض يوجب استحالة الضيق الى حالة الانسداد فيتعرض المريض للخطر

وأما الانسداد المعوى فهو مرض خطر واهم اعراضه الامساك وحبس الارياح والقئ الغائطى

أما الامساك فيكون مستعصيا ويسبقه خروج المواد الموجودة اسفل الانسداد وحدها أو بعد الحقن فى المستقيم وأما حبس الارياح فانه مهم بحيث انها متى خرجت مع الحقن المستقيمى فيحكم على ان الانسداد غير تام وأما القئ الغائطى فانه يشاهد اذا استمر الانسداد المعوى زمنا من بعض ايام الى ١٨ يوما (فريمان) او ٤٤ (هوسجين) وتكون مواد القئ ابتداء من متحصل المعدة ثم تكون صفراوية وتنتهى بأن تكون من مواد الغائط ولها رائحته وهيئته وربما بلغ مقدار القئ الى بعض ارطال فى اليوم وبالبحث الميكروسكوبى عن مواد القئ توجد فيها بقايا الأغذية وخلايا بلاطية وخلايا حبيبية قطوية ولا يشاهد القئ الغائطى فى انسداد الامعاء الغليظة فقط بل يشاهد ايضا فى انسداد الامعاء الدقيقة بقرب الأعور لأن متحصل اللفائف يشبه مواد الغائط ومتى استطالت مدة الانسداد فان المواد الثقيلة تقل فى القئ فيصير مائعا مائيا شبيها بماء الرز ومحتويا على ندف متكونة من الخلايا البشرية للامعاء ومتى قرب الموت يبطل القئ ويحصل الفواق المتعب

واختلفت الاراء فى تفسير حصول القئ الغائطى ولكن المحقق الآن ان صمام (بوهان) لايمنع تقهقر المواد الثقيلة لأن عدد الأعور يوجب

انفتاحه ثم تحصل حركات معوية ضد ديدانيه تغلب الحركات الديدانية وتوصل المواد الى جهة المعدة

أما اوصاف البطن فى الانسداد المعوى فانها تشبه ضيق الامعاء فيما سبق شرحه فيها وتكون هنا اشد واكثر وضوحا فيحس بانتفاخ الأمعا وغالدها اعلى الانسداد وتكون النقطة المصابة مؤلمة جدا ويحصل مغص نوبى مصحوب بقراقر وانقباض معوى ديدانى يستشعر به تحت اليد واذا كان انتفاخ البطن غير مفرط يمكن تعيين محل الانسداد بالجس والاحساس به على هيئة ورم متوتر أصم تحت القرع ويمكن الاستدلال بالجس المستقيمى والرحمى

وبالمتقى لكثرة القئ يقل البول اويفقد ويحتوى على النيلة (جافى) ويقع المريض فى انحطاط وهبوط زائد وتتغير تقاطيع الوجه وتغور الأعين وتحاط بهالة مزرقة وتدق الأنف ويضعف الصوت اوينطفى كما يشاهد فى الكوليرا وتفقد مرونة الجلد وتبقى الثنيات التى تفعل فيه بالقرص وتبرد الأطراف وتصير مثلجة ويحصل اختلاج فى سمانة الرجل وتنتشر من النفس رائحة كريهة غائطية وأما الحواس فانها تستمر محفوظة

وسير الانسداد المعوى ومدته مختلفان فقد يهلك المريض عاجلا فجأة بانيميا المخ (ايشوريست) وقد يستمر بعض اسابيع وذلك فى النادر جدا وقد يحصل الموت من زيادة انتفاخ البطن وضغطها على الأعضاء الصدرية أو يهلك الشخص من العوارض الكثيرة التى تطرأ عليه كتمزق الامعاء فى حذاء الانسداد وحصول الالتهاب البريتونى العام أو يحصل ذلك الالتهاب بالمجاورة وربما كان سببه كامنا بحيث لا يظن وجوده وقد يهلك المريض بالامتصاص الصديدى أو العفن أو تصلب الأوردة ويحدث سدد سيارة عفنة يعقبها خراجات حشوية تعجل بالهلاك

والشفاء

والشفاء في الانسداد المعوي نادر وقد يحصل بنفسه أو بالمعالجة فمثال الشفاء الذاتي انه قد تلتصق الامعاء بجدار البطن وربما اعقب ذلك تكون شرج غير طبيعي يخرج للبراز بواسطته أو تلتحم الامعاء المسدودة بعروة معوية اسفل منها ثم بعد انفصالها تخرج المواد من المستقيم واذا حصل الالتحام المعوي مع المثانة او الرحم ربما تخرج المواد المحتبسة ايضا من المثانة أو الرحم وعلى العموم خروج الغازات والمواد الثقيلة ووقوف القيء معلن بالشفا وبعدها تعود الصحة والقوى بالتدريج وقد يشاهد سبب الانسداد في المواد اذا كان جسما غريبا أو ورما مثلا

(التشخيص) تشخيص ضيق الامعاء وانسدادها سهل في الغالب وانما الصعوبة في تعيين محلس الآفة واسبابها

أما تعيين محلس الآفة فيحتاج فيه الى الاعتناء في البحث عن البطن ظاهرا وباطنا وعلى رأى المعلم (جافه) يقال ان وجود النيلة في البول علامة مهمة في تشخيص المحلس لأن المادة النيلية تحدث من تأثير العصير البنكرياسي على المواد الزلالية وتخرج من الغائط فاذا حصلت صعوبة أو اعاقة في سيرها في الامعاء تمتص وتخرج مع البول ويزداد مقدارها في ضيق الامعاء الدقيقة وانسدادها ولا تشاهد في اصابة الامعاء الغليظة وانما قبل الحكم بذلك يجب التحقق من عدم وجود الاسباب الأخرى التي يصحبها ظهور النيلة في البول كالالتهاب البريتوني وسرطان الامعاء والمستقيم

ثم ان اصابة الامعاء الدقيقة تصحبها اعراض اكثر حدة وكون القيء والآلام فيها اشد والانتفاخ البطني اقل درجة منها في اصابة الامعاء الغليظة وقد لا يصحبها انتفاخ بطني بالكلية أو يكون الانتفاخ مقتصرا على القسم حول السرة بخلاف الانتفاخ في اصابة الامعاء الغليظة فانه يعم البطن والقولون بحيث تصير البطن عريضة وتمتلىء الخاصرتان الا اذا كان الانسداد في

وسط القولون فان الخاصرة اليسرى تبقى هابطة بالنسبة للخاصرة اليمنى ويمكن التحقق من حالة الامتلاء فى الخاصرتين بوضع احدى اليدين خلف الخاصرة وفعل الجس بمساعدة اليد الأخرى من الامام وخلاف ذلك فان الاعراض العصبية أكثر وضوحا وفقد البول اتم كلما كانت الاصابة مرتفعة فى الامعاء الدقيقة ومع ذلك فهذه العلامات لاتكفى لتأييد التشخيص

والمعلم بهنوون يزعم انه يمكن تعيين محلس الاحتباس فى الامعاء الغليظة بالنظر لمقدار السائل الذى يمكن حقنه فى المستقيم فكلما كانت الاصابة لهذا العضو أقرب كلما قل مقدار السائل الذى يتيسر دفعه فى الامعاء

وأما سبب الآفة الموجبة لضيق الامعاء أو انسدادها فأنه يسهل تعيينه فيما اذا أمكن الوصول اليه بالجس المستقيمى أو المهبلى واذا كان السبب فتقا ظاهرا محسوسا أو اذا شوهد خروج الجسم الذى كان محشورا فى الامعاء كالحصيات والاورام والاجسام الغريبة

ويستدل على التداخل المعوى بكثرة حصوله عند الاطفال وخروج المواد المخاطية المدممة من المستقيم واسترخاء عضلة العاصرة ويستدل على بوليبوس الامعاء بخروج المواد المخاطية المدممة من المستقيم أيضا وعكن الاحساس بالورم بالجس ويستدل على احتباس المواد المتفلة بالاستفهام عن سوابق المريض وغلطات التدبير الغذائى أو تعوده على الامساك من قبل وأما التواء الامعاء والفتوق الباطنة فيعسر تمييزها وتشخيصها ويمكن الاستدلال على محلسها بالآلام الموضعية المستمرة فى نقطة محدودة ووجود الورم المعوى الاسطوانى وشكل البطن الخ كما سبق شرحه فى الأعراض وظهور هذه الاعراض فجأة فى حالة الصحة التامة يميزها عن الاحتباس الناشئ من الاورام الخبيثة ويتميز الانسداد المعوى بالامساك المستعصى واحتباس ارياح الكلى والقيء البرازى وقد يشاهد القيء البرازى فى الالتهاب البريتونى الذى لم يصحبه انسداد الامعاء ولايلتبس الانسداد المعوى بالتسمم بالزئبق أو الكوليرا

او الكوليرا أو التهاب البريتون بل باعتبار سوابق المريض ووجود الوبا والتشريح المرضى يبين التشخيص

(الانذار) انذار الضيق المعوى اقل خطرا من انسداد الامعاء لأن المصاب بالضيق قد يعيش مدة مديدة مع مراعاة الشروط الصحية والتدبير الغذائى المناسب وأما انسداد الامعاء فهو محزن عادة لاسيما اذا كان السبب عضالا كالسرطان ولا يحصل الشفاء الا فى بعض الاحوال الحسنة

(المعالجة) التدبير الغذائى هو الاهم فى معالجة الضيق المعوى فلا يصرح للمريض الا بالاغذية السهلة الهضم والامتصاص كاللبن والبيض والامراق واللحوم البيضاء وللشرب الماء النبيذى والبيرا والكونياك ويلزم تجنب الافراط ويعتنى المريض بالمضغ واستظام التغوط يوميا ومداركة الامساك بما يوافق ولا بأس من التوجه الى ينابيع المياه المعدنية الموافقة للآفات المعوية كماء ريبناد وهومبورج وكيسنجين واذا كان متعلقا بتراكم وجفاف المواد الثفلية تفعل حقن مستقيمية يكون السائل فيها كبير المقدار وتكرر الحقنة مرتين او ثلاثا فى اليوم عند اللزوم لأجل ذوبان المواد الثفيلة وتبددها ويمكن استعمال المسهلات الشديدة فيعطى مثلا منقوع السنامكى المركب ١٨٠ جـ وسلفات الصودا ٢٠ جـ كل ساعتين ملعقة كبيرة أو يعطى زيت الخروع ٣٠ جـ وزيت حبة الملوك ٠.١٠ ز سنتى والصمغ ٧ جـ وماء مقطر لاجل فعل مستحلب بقدر ١٨٠ جـ يحلى بشراب السنامكى ٢٠ جـ كل ساعتين ملعقة كبيرة وقد يمكن ادخال الاصبع فى المستقيم والوصول الى المواد الثفلية وتجزئتها أو تستعمل الملعقة المخصوصة لذلك أو يدخل فى المواد طرف انبوبة الحقنة لاجل تأثير الماء عليها بقوة

واذا اقتضى الحال لاجراء عملية جراحية لاجل ازالة المانع كسرطان المستقيم وبوليبوسه يبادر بفعلها أو بفعل تمدد المستقيم القهرى اذا كان مجلس الضيق فى هذا العضو .

واما معالجة الانسداد المعوى فيحتاج ابتداء لتعيين محلس الانسداد وسببه فاذاكان متعلقا بالجهاز التناسلى يمكن شفاؤه بازالة السبب واذاكان متعلقا بفتق ظاهرى يبادر برده اوبالافراج عنه بعملية جراحية [illegible] بالتواء المعدة أوتعقدها يمكن وضع المريض فى حمام [illegible] عضلاته ويفعل تكبيس البطن فى اتجاه الامعاء المنسدة ويكون الدلك مستويا قويا وان لم ينجح ذلك يبادر بفتح البطن ورد الامعاء الملتوية قبل ظهور الالتهاب البريتونى وان لم يتيسر الرد يمكن فعل شرج صناعى مؤقت ومتى انصرف الخطر يعالج الشرج الصناعى بما يليق حسب الاصول الجراحية وباتباع شروط مضادات العفونة الحديثة يتناقص خطر هذه العملية حتى انها لا تعقبها الوفاة الافى ٦٥ حالة على ١٤٢ عملية (شرام) ويصير تعيين محلس الاصابة المعوية اذ أمكن لاجل فتح البطن بجوارها فى احدى الخاصرتين او بجوار السرة وان لم يمكن تعيين المجلس بالدقة يفعل الشق المتوسط أسفل السرة

وأما معالجة الانسداد الباطنة فبعضهم يوصى باستعمال المسهلات القوية ولكن لايخلو استعمالها من الخطر والاصوب استعمال الافيون بمقدار محدود كما سبق ذكره فى التداخل المعوى لان الافيون يعقبه تناقص فى حجم الأمعاء وربما ساعد ذلك على تسليك الانسداد وفى الازمنة الاخيرة كثر استعمال الغسيل المعدى لاجل تخليص المعدة والامعاء تحتها من متحصلها وربما أعقب ذلك نتيجة سريعة (كوسماول) وانما يلزم تكرار الغسيل المعدى ٣ الى ٤ مرات فى اليوم ولا يرخص للمريض بشرب الماء بل يطفى ظمأه بمص قطع الجليد ومع كل ذلك لايلزم تأخير عملية فتح البطن عن أوانها

وقد تحصل بعضهم على نتيجة من استعمال الزيبق بمقدار كبير نحو ١٥٠ جرام الى ٣٠٠ وأكثر أومن استعمال الحقن الغازية والمائية بمقدار كاف لتمدد الامعاء بقوة أومن استعمال الكهربائية بوضع أحد القطبين فى المستقيم والآخر على جدر البطن

البطن خصوصا على مسير الاعور والقولون ويكرر ذلك ٣ الى ٤ مرات فى اليوم كل جلسة تستمر مدة بعض دقائق

واذا كان الانتفاخ الغازى مفرطا يمكن بط الامعاء بابرة رافاس الدقيقة لأجل خروج الغازات وربما حصل من نقصانها وهبوط الامعاء وتنبيهها من وخز البذل انصراف الاحتباس وبعضهم يوصى بتكرار الوخز فى ثلاث أو اربع نقط ولا يخشى من الوخز من الانسكاب البريتونى لأن الغشاء المخاطى المعوى يسد الفتحة الدقيقة حالا خروج الابرة

وبالجملة سواء كان المريض مصابا بالضيق أو الانسداد المعوى يلزم الاعتناء فى تعيين السبب والنقطة المصابة بقدر الامكان وتأسيس المعالجة الباطنية والجراحية عليها

﴿ المبحث الثالث فى البواسير ﴾

المراد بالبواسير تمدد الأوردة الباسورية باستواء أو على هيئة عقد وأورام دوالية

(الأسباب) من المعلوم ان الاوردة الباسورية عديمة الصمامات وان الوريد الباب المنتهية به عديم الصمامات ايضا وان الاوردة الباسورية تكون فى اتجاه عامودى أو منحدر مهما كانت اوضاع الجسم فى الشروط المعتاد ة للانسان وجميع هذه الاستعدادات الطبيعية تجعل الدورة فى الاوردة الباسورية بطيئة ويكفى لأعاقتها حصول سبب خفيف متمم سواء وقع تأثيره فى دورة المستقيم أو فى الوريد الباب أو الوريد الاجوف الصاعد

وتنقسم الاسباب الى مهيئة ومتممة ومتى استمر تأثير الاسباب المهيئة ربما تكون متممة ايضا

اما الاسباب المهيئة فمنها الوراثة وانما تأثير الوراثة هنا يقتصر على ضعف مقاومة جدر الاوعية فقط أو يكون الشخص دمويا متهيئا للامتلاء الدموى وضخامة الجسم فاذا تعرض هؤلاء الاشخاص لاسباب اخرى كالافراط فى الأكل

الأكل والمشروبات الروحية والجماع وكانت حياتهم جلوسية ليسهل ظهور البواسير عندهم وهذه الاسباب الاخيرة وحدها قد تكفي لتكون البواسير متى تكونت ولهذا يكثر حصول البواسير عند ذوى الصنائع الجلوسية كالكتاب والخياطين والنساجين وفى بلاد المشرق عند الاغنياء المنهمكين فى اللذات الشهوانية المفرطين فى الأكل المهملين فى الرياضة الذين لا ينفكون عن الجلوس او المستمرين على ركوب الخيل والحمير وكذلك النفخ فى الآلات الموسيقية وفعل المجهودات التى تعيق الدورة الوريدية مما يهيج البواسير

وأما الاسباب المهيئة فهى اما ان تكون موضعية بمعنى انه يقع تأثيرها على المستقيم كالضغط الذى يعقب آفات الرحم والمبيض والبروستتا وليس من النادر مشاهدة البواسير عند المرأة الحامل وانصرافها بعد الوضع والامساك الذى يعيق دورة المستقيم ويوجب زيادة المجهود وقت التغوط ونزلات المستقيم المزمنة التى توجب استرخاء الغشاء المخاطى وفقد مقاومته وعدد اوردته وقد يجتمع الامساك والنزلة المستقيمية معا فيقوى تأثيرهما وقد يتعلقان بسبب واحد كآفات الكبد التى توجب اعاقة الدورة الباسورية فيقوى التأثير اضعافا وقد تنضم لذلك اسباب اخرى تحدث ضيق المستقيم كالسرطان فتتضاعف الاسباب السابقة بركود المواد الثفلية التى تزيد اعاقة الدورة

واما ان تكون الاسباب المهيئة بعيدة عن المستقيم وتوجب اعاقة لدورة الوريد الباب كآفات الكبد والسدد الوريدية والضغط الذى يصيب الوريد من مجاورة الاورام البطنية ونحوها او اعاقة دورة الوريد الاجوف السفلى التى تشاهد فى بعض آفات القلب والرئتين

فمما ذكر نرى ان البواسير تنشأ عادة من اعاقة الدورة باسباب ميخانيكية ولا تتعلق بالاسباب الوهمية التى كان ينسبها اليها الاقدمون وتشاهد البواسير غالبا فى سن الكهولية بين ٣٠ و ٥٠ سنة وتصيب الرجال اكثر من النساء

ولا

ولا تصيب الاطفال الا فى احوال استثنائية وتشاهد فى الأقاليم الحارة اكثر من الاقاليم البارحة

(التشريح المرضى) يمكن مشاهدة البواسير ودراستها على الحى لان بعض آفاتها تزول فى الجثة وهى تتميز على حسب مجلسها الى ظاهرة خارج العضلة العاصرة وباطنة اعلى العضلة العاصرة ومشتركة اى ظاهرة وباطنة معا على هيئة دوالى منتشر او محدود

أما البواسير الباطنة فيكون مجلسها اما اعلى العضلة العاصرة او بعيدا عنها ببعض سنتيمترات او بقرب التعريج السينى ويختلف حجمها وامتدادها فاذا كانت قريبة يمكن الاحساس بها بالجس بالأصبع أو استكشافها بالمنظار المستقيمى وقد تكون ذات عنق طويل بحيث تصل الى الشرج وتبرز خارجا عنه فيمكن معاينتها بلونها البنفسجى وأما البواسير الظاهرة فتختلف هيئتها فاما ان تكون منتشرة على هيئة حوية حول الشرج أو تكون محدودة فى بعض النقط على هيئة عقد أو أورام منفردة أو متعددة فى حجم العدسة او البندقة أو البيضة أو التفاحة وشكلها مبطط أو مستدير وسطحها مستو أو غير منتظم عقدى وتكون متوترة ولونها محمر أو بنفسجى اذا كانت محتقنة وباهت وهى هابطة اذا كانت متفرغة من الدم

وتتضاعف البواسير بآفات شتى ففى الاحوال الحميدة ربما تكون فيها نوايات حصوية كلسية وهذا نادر وأما المضاعفات الغير الحميدة فمنها ضمور الحواجز الفاصلة للاورام الدوالية وتلاشيها وتكوين ورم كهفى محلها ومنها ظهور التزلات فى الغشاء المخاطى وتكاثفه وافراز مادة مخاطية قيحية تشبه السيلان المستقيمى أو حصول الالتهاب فى المنسوج الخلوى حول المستقيم وتقيحه وانفتاح الخراج فى الغشاء المخاطى أو فى الجلد أو فيهما معا وتخلف نواصير تامة أو اعورية باطنة

أو ظاهرة وليس من النادر تمزق الأوردة الدوالية وحصول انزفة متكررة خفيفة أو غزيرة

(الأعراض) اذا كان التمدد الباسورى خفيفا لاتتسبب عنه أعراض واضحة واول مايستشعر به المريض الاحساس باكلان أوحرارة اوتألم فى الشرج وتزداد هذه الاعراض عند الافراط فى الأكل والمشروبات والجماع وبعد الجلوس المستطيل أوركوب الخيل والحمير وربما تهيأ للمريض حضور مادة للشى اذ فى المستقيم جسما غريبا ومتى تزايد الانتفاخ الباسورى يضيق الشرج وتنقبض العاصرة ويشتد التغوط ويصير مؤلما جدا وربما حدث من هذه الآلام وقوع التحضى فى الاعيا أوحصول تقلصات فيتأخر المريض عن التغوط خوفا من الألم وينشأ من ذلك تيبس المواد البرازية وزيادة الصعوبة فى خروجها ويعقب احتباسها توتر البواسير وانتفاخ البطن وغثيان أو قئ وفواق وضيق فى الصدر وخفقان واحتقان مخى وباقى علامات الاحتباس المعوى وكان يعبر عن هذه الاعراض قديما بالثوران الباسورى ويصحب البواسير غالبا التهاب نزلى فى المستقيم يتصف بتكرار التغوط وخروج مادة مخاطية قيحية فى الغالب مخطلطة بالدم أومختلطة بالغائط وقد يصحبها زحير بحيث لواكتفى الطبيب باقوال المريض ولم يبحث بنفسه عن المواد البرازية والمستقيم لاشتبه الامر عليه بالدوسنتاريا وكان الاقدمون يعبرون عن هذه الحالة بالبواسير البيضا اوذات السيلان المخاطى ضدا للبواسير الحمرا اوذات السيلان الدموى اى النزيف الباسورى

وكثيرحصول الانزفة فى البواسير وينشأ الدم اما من تمزق الاوردة الدوالية أومن تمزق الاوعية الشعرية ويسبق النزيف عادة توتر البواسير وزيادة الألم والأكلان واحتقان الدماغ والخفقان وضيق الصدر ومتى حصل النزيف يستشعر المريض باستراحة عامة ونشاط ولذلك يتمنى نزف البواسير ويختلف مقدار الدم من بعض دراهم الى بعض ارطال ويخرج الدم

الدم على حالته الطبيعية تقريبا مخلفا للمواد البولية أو خالصا وتكرر خروج الدم عادة على نوب متقاربة أو متباعدة على حسب سرعة الامتلاء الدموى وبطئه

ويكون الفقد الدموى فى النادر غزيرا بدرجة توجب الخطر ولكنه متى تكرر على نوب متقاربة ربما يوجب الانيميا والضعف العام

ومتى برزت البواسير من الشرج واشتد احتقانها واختنقت فانها تصير مؤلمة جدا فيتأوه منها المريض ويتلوى وتتغير سحنته وتغطى الجبهة بعرق بارد ويصغر نبضه ويتواتر وربما وقع فى الاغماء أو التقلصات

وسواء كانت البواسير باطنة أو ظاهرة فان توترها واختناقها وآلامها توجب رقاد المريض أو جلوسه مضطجعا على جنبه والطرف السفلى مثنية لاجل استرخاء عضلات البطن والفخذين وحيث أنه يتألم جدا من ملامسة أورامه الباسورية ولو بخفة فيعسر ردها واذا استمر اختناقها تلتهب أو تقع فى الغنغرينا وربما أدت الى الخطر والامتصاص الصديدى

وتختلف مدة البواسير فتكون وقتية اذا كانت متعلقة بالحمل وتكون طويلة اذا كان السبب مرضيا مزمنا وربما استمرت مدة الحياة مع نوب ثورات وفترات استراحة وقد تصحبها المالنخوليا بسبب دوام الاضطراب الهضمى والآلام عند المصاب بها

(التشخيص) يسهل تشخيص البواسير الظاهرة بمعاينتها ويستعمل الجس والمنظار المستقيمى لاجل تعيين البواسير الباطنة ولا تلتبس بالثنيات الجلدية البسيطة لعدم احتقانها وتوترها ولا بالزوائد العرفية (كونديلوم) لفقد الاصابات الزهرية الاخرى ولا بالسرطان لعدم وجود الكاشيكسيا ويخرج منها الدم بالبذل ولا يحصل ذلك فى بقية الآفات المذكورة

(الانذار) البواسير ليست خطرة فى حد ذاتها وان كانت مؤلمة ولكنها

تستعصى على المعالجة عادة وربما ادت الى المالنخوليا والانيميا
(المعالجة) المعالجة الواقية تقتضى انتظام اوقات التغوط وتدارك
الامساك ويتوصل الى ذلك باستعمال الخضراوات والفواكه وفعل الرياضة
يوميا واستعمال ملين خفيف عند الضرورة كمسحوق العرقسوس المركب
او الكبريت فى التركيب الآتى (كبريت مغسول وبيطرطرات البوتاسا
ومسحوق الزنجبيل بمقادير متساوية تؤخذ منه ملعقة صغيرة قبل
النوم)
ويلزم تجنب الافراط فى الاكل وتنقيص اللحوم والمشروبات الكؤلية والقهوة
والشاى ويجتنب الافراط فى الشهوات والركوب المستطيل والجلوس
فوق المراتب ويترجح استعمال كراسى الخيزران لاجل عدم تسخين المقعدة
وتعالج الآفات المهيجة للبواسير كأمراض الرحم والبروستتا والكبد والرئة
والقلب ونحوها كما تعالج الالتهابات التزلية للمستقيم واذا كان السبب
هو الامتلاء الدموى للبطن يرسل المريض الى الحمامات الموافقة كمهومبورج
وكارلسباد وكيسنجين وأما اذا كان الشخص ضعيفا فانه يرسل الى الينابيع
الحديدية الحمضية كاميس ومادين واذا كان السبب هو الامساك والشخص
بالمالنخوليا فانه يرسل الى محال المعالجة بمصل اللبن والعنب كدوركايم
وويسبادين وميران وفيفيه أو يرسل الى الفلوات وشواطىء البحار
وأما معالجة نفس البواسير فهى منع احتكاكها بالملابس بدهنها بالزيت
الحلو او الوازلين وزبدة الكاكاو وحمل حفاظ مناسب ولاجل تلطيف
الآلام تستعمل انتلبيسات المسكنة بالافيون أو البلادونا أو تدهن
الاورام بمرهم مسكن مورفين اوبلادونين ($\frac{1}{10}$) أو توضع عليها لبخ
مثلجة بسيطة اوتضاف اليها خلات الرصاص او الالومين وتعالج
النزلات المستقيمية بالحقن المعوية بالماء البارد او القابض كمحلول نترات
الفضة (١ الى ٥ سنتى فى المائة) اوحمض التنيك (٠٥ الى ١ جم فى المائة)
وأما

وأما النزيف الباسورى فلا يحتاج لمعالجة ما لم يكن مفرطا فتستعمل الوضعيات الثلجية او القابضة أو سد الشرج بالقطن أوحقن الارجوتين تحت الجلد ولاندوسكى يرجح اقعاد المريض فى الماء الساخن على درجة ٤٠ ثم حقنه بالماء الساخن ايضا بقدر ٥٠٠ جم ويوميا يحفظ الحقنة على قدر الامكان

وأما اذا كانت البواسير باطنية أومصحوبة بسقوط المستقيم فتلزم المبادرة بردها بأن ينوم المريض على احد جانبيه أو يجثى على ركبتيه وتدفع الأورام الباسورية بالاصابع بلطف بعد دهنها بالزيت اولفها فى خرقة مدهونة وبعد الرد توضع على الشرج سدادة من القطن لاجل منع رجوع البواسير واذا لم يتيسر الرد يمكن تشريط الاورام الباسورية أو تركيب العلق عليها ويجلس المريض فوق الماء الدافئ لاجل سهولة نزول الدم وهبوط البواسير ثم يشرع فى ردها ثانيا وفيما بعد يمكن الالتجاء الى تمدد العاصرة القهرى أو الكى بواسطة كلورور الزنك واذا تقنغرت الأورام الباسورية يساعد على سقوط الخشكريشات باللبخ الدافئة

والأدوية الباطنة الموافقة للبواسير هى محلول غوليار والجليسرين والفلفل الأحمر وبالجملة فالمعالجة النهائية هى استئصال الاورام الباسورية أما بالكشط أو بالربط أو بالهرس بالسلسلة المخصوصة أو بالكى بالحديد المحمى أو بالجالوانوكوتير ومع ذلك فان عواقب العمليات الجراحية كالامتصاص الصديدى وخراجات الكبد أوجبت التوقف فى اجرائها فى الازمنة الاخيرة

(المبحث الرابع فى النزيف المعوى)

(الاسباب) النزيف المعوى ينشأ إما من تأثير متحصلات الأمعاء أومن آفات جدرها أومن الاعراض العفنة أو العامة

اما متحصل الامعاء فمنه الامساك الشديد المتصلب الذى يهيج الامعا أو يجرحها ولا يعقبه نزيف غزير ويأتى الدم من الامعاء الغليظة ويلوث سطح المواد الثقيلة على هيئة خطوط محمرة ووجود الاجسام الغريبة ذوات الزوايا

في الامعاء بجرحها وكذا بعض السموم والافراط في المسهلات القوية والديدان المعوية خصوصا المخروطية والانكلوستوما تحدث النزيف المعوي

وأما آفات جدر الأمعاء فأهمها التقرحات والجروح والأورام الخبيثة وتداخل الأمعاء والاحتقان الركودي الناشئ من آفات الصمامات وسيروز الكبد وانيورزم الاوعية وسددها وانورزما الأوعية المجاورة للامعاء التي تلتصق بها وتنفجر فيها

وأما الامراض العفنة العامة فأهمها الدوسنتاريا والتيفوس والزهري والدرن والحمى الصفرا والحميات الطفحية السودا ويحصل النزيف المعوي ايضا في الهيموفيليا والاسقربوط والفوسفور أو التسمم البولي وقد يكون النزيف المعوي عوضيا

ويشاهد النزيف المعوي بالاكثر في سن الكهولية خصوصا عند الرجال وهو نادر عند الاطفال الحديثي الوضع

(التشريح المرضي) بفتح الامعاء توجد محتوية على مواد مدممة وعلى حسب مقدار الدم تكون متمددة ومحتوية على جلط مسودة اسفنجية تتشكل بشكل الامعاء او يكون الدم كثيفا شبيها بالعسل الاسود أو القطران ورائحته مهوعة وتكون المواد الثقيلة صلبة شبيهة بالفحم او تكون مائعة شبيهة بغسيل اللحم أو مختلطة بمواد مخاطية قيحية وأما الغشاء المخاطي فيكون باهتا ومحتقنا ومتقرحا ويمكن مشاهدة منشأ النزيف الذي يحصل عقب اصابة الاوعية الوريدية أو الشريانية الاكثر حجما وأما اذا كان النزيف رشحا شعريا فلا يسهل تعيين منشأه بالدقة وبقية الاحشاء تكون باهتة أو مستحيلة الى الحالة الدهنية أو الشحمية كالقلب والكلا والكبد والبنكرياس ويدل ذلك على تكرار النزيف وتقدم الانيميا

(الاعراض) تختلف اعراض النزيف المعوي باختلاف اسبابه ومقدار الدم المفقود وهي تشبه اعراض الانزفة الباطنة على العموم كبهاتة الجسم وتغير تقاطيع

الوجه

الوجه وبهاتتها الرمية وتكدر العين و برودة الجلد وصغر النبض وبطئه وضعف
الغاط القلب لاسيما اللغط الأول ولخفاض الصوت وغطشة البصر وطنين
الأذنين والغثيان والقيء والدوخان والاغماء ويعقب ذلك الموت بعد فقد
الادراك وربما حصلت هذه الاعراض بدون ظهور الدم الى الخارج فتتوتر
البطن ويصير قرعها أصما

وأما اذا خرج الدم من الشرج فان اوصافه تختلف باختلاف مقداره ومجلس
النزيف فقد يكون أحمر مائعا أو يكون ممتزجا بالمواد الثفلية ولونه مسودا أو
قطرانيا ورائحته كريهة أو عفنة بينية أو تكون المواد الثفلية ملونة فقط أو مختلطة
بالدم كما يشاهد في نزيف الامعاء الغليظة وفي الدوسنتاريا تكون المواد سائلة
محرة شبيهة بغسيل اللحم أو مخاطية صديدية وفي البوليبوس تكون المواد سائلة
مصلية وردية

وبالبحث عن المواد بالميكروسكوب يوجد بعض الكرات الدموية محفوظا والبعض
فاسدا أو مستحيلا فاقدا لونه بالكلية

ويلزم ان تكون البحث عن البطن بغاية الاحتراس لان الضغط عليه او فعل
حركة فجائية ربما تتسبب عنه زيادة النزيف أو رجوعه ويلاحظ انتفاخ
البطن وزيادة اصميتها

وبعض المرضى يستشعر بسيلان سائل ساخن في البطن ويشاهد عند البعض ظهور
الاوزيما والبول الزلالي بصفة وقتية عقب الانيميا واذا نجا المريض من النزيف
المعوي فانه يستمر في حالة انيميا وضعف عام

(التشخيص) يحتاج الأمر في التشخيص الى التحقق من وجود الدم في البراز ومن
وروده من الأمعاء ولا يلتبس لون البراز المسود من الدم بالبراز المسود
عقب استعمال البزموت والمركبات الحديدية والبراز الغامق الملون بالصفرا
ونحوه وفي الاحوال المنبهمة يمكن الالتجاء الى الميكروسكوب والمنظار الطيفي
لأجل التحقق من وجود الدم أو عدمه ثم يحقق الطبيب من عدم ورود الدم

من الأنف أو الحلق أو المعدة ومتى ثبت النزيف المعوي يجتهد في تعيين محلسه بقدر الامكان فاذا كان واردا من المستقيم يمكن تعيينه في العادة بسهولة وبالنظر للسبب يمكن الاستدلال على منبع بعض الانزفة فاذا حصل النزيف عقب الحرق مثلا يكون دائما تقريبا في الاثنى عشري ويأتي في الدوسنتاريا من الامعاء الغليظة واذا كانت المواد الثفلية مخلوطة بالدم من الظاهر فقط يمكن الحكم ايضا على ان منبعه من الامعاء الغليظة وكذلك يتصف نزيف الامعاء الغليظة بعدم تنوع الدم الا قليلا وأما النزيف المعوي الباطني فحكم عليه باعراض الانزفة الباطنة على العموم

(الانذار) يتعلق الانذار بسبب النزيف ومقدار الدم فاذا كان السبب خبيثا كالدرن والسرطان أو اذا كان النزيف غزيرا كان الخطر اقرب وقد يعقب النزيف المعوي نتيجة حميدة كما يشاهد ذلك في الحمى التيفودية فانه قد تحصل خفة في الحمى وتحسين في الاعراض العامة بعد النزيف الحميد ولكن متى زاد مقدار الفقد الدموي أوجب الخطر دائما

(المعالجة) معالجة النزيف المعوي تشبه معالجة النزيف المعدي وتستلزم مراعاة الراحة التامة والاغذية السائلة الباردة كاللبن المجلد وتوضع مثانة ممتلئة بالجليد على البطن في مقابلة محلس النزيف وتعمل حقنة تحت الجلد من الارجوتين ويعطى للمريض من الباطن فوق كلورور الحديد (٥ الى ١٠ نقط في جرعة) واذا كانت حركات الامعاء الديدانية قوية تسكن بالافيون (٣ س كل ساعة تحصل النتيجة) واذا كان النزيف في الامعاء الغليظة يمكن فعل حقنة من محلول قابض مثل ويرجح حمض التنيك أو نترات الفضة أو فوق كلورور الحديد أو سلفات وبعالج النزيف الذي يتعلق بالتسمم الأجامي بسلفات الكينا بمقدار كبير واذا شوهد هبوط عند المريض تعطى له المشروبات الكحولية كالنبيذ والكونياك أو يعطى له المسك (٣٠ س سنتي كل ساعة) او تعطى له حقنة كافورية تحت الجلد (١ جـ كافور على ١٠ جـ زيت اللوز الحلو تعمل منه ثلاث حقنات في اليوم)

اليوم) والمعالجة التابعية تستدعى استعمال المركبات الحديدية والجواهر المرة والمقويات

المبحث الخامس في سرطان الأمعاء

(الاسباب) سرطان الأمعاء أكثر حصولا عند الرجال ويشاهد عادة بعد سن الاربعين وهو يأتى بعد سرطان المعدة والكبد وأكثر حصوله في الامعاء الغليظة ويكون نادرا جدا في الامعاء الدقيقة ويكون في الغالب ذاتيا وقد يكون تابعيا لسرطان الاحشاء المجاورة كالمعدة والرحم والمثانة والثرب

(التشريح المرضى) مجلس السرطان يكون بالاكثر في المستقيم ثم في التعريج السينى ثم في القولون في حذاء زاويتيه اليمنى واليسرى ولا يكاد يشاهد ذاتيا في الامعاء الدقيقة ما عدا الاثنى عشرى فانه قد يصاب في جزئه العلوى او بجوار فتحة القناة الصفراوية

وانواع السرطان المعوى الكثيرة الحصول هى البشرى الاسطوانى والنخاعى والاسكيروالأسود والهلامى ويبتدئ السرطان اما بالبشرة الغددية أو الطبقة الخلوية تحت الغشاء المخاطى ثم يمتد في جدر الامعاء ويكتسب اما هيئة بقع وهو نادر أو يكون على هيئة نواة بارزة أو حلقة محيطة بالأمعاء أما البقع فانها تمتد في العرض ويتسبب عنها سماكة وتصلب في جدر الامعاء ولما السرطان الحلقى فانه يحدث ضيقا في قطر الامعاء تختلف درجته وقد يبلغ الضيق حجم ريشة الاوزة او الحمص المعتاد

ومتى تقدم سير السرطان فانه يزداد بروزا على هيئة ورم وتختلف هيئته باختلاف انواعه فتارة يكون متقرحا كأزرار لحمية دامية وتارة يكون مبيضا أو مصفرا هلاميا أو يكون غضروفيا أو مسودا

وبالنظر للامعاء توجد متمددة جدا اعلى من النقطة المصابة وتكون ممتلئة بالمواد الثفلية وربما بلغت طبقتها العضلية ضخامة مفرطة وأما الامعاء تحت النقطة المصابة فتكون هابطة على نفسها وفارغة

ويعجب السرطان المعوى أو يعقبه مضاعفات عديدة منها تمزق الامعاء وانسكاب
متحصلها فى البريتون او فى الاحشاء المجاورة كالرحم والمثانة أو اصابة الأوعية
وحصول انزفة غزيرة أو خطرة أو التهاب جدر البطن وحصول خراج غائطى أو
الامتصاص الصديدى والامتصاص العفن

وقد يمتد السرطان من الامعاء الى الاعضاء المجاورة ويعجبه فى العادة ارتشاح العقد
اللنفاوية المساريقية ويتسبب عنه التسمم العام والكاشيكسيا السرطانية

(الاعراض) يبتدئ سرطان الامعاء غالبا بطريقة غير محسوسة فتبقى اعراضه
كامنة مدة بعض اسابيع او بعض أشهر أو يشتكى المريض ببعض آلام تختلف فى
حدتها ومجلسها وتضطرب الوظائف الهضمية ويحصل امساك مستمر أو يتعاقب
مع تفوط مفرط أو اسهال متكرر ويقع الشخص فى النحول وفى مثل هذه الأحوال
يعسر الحكم بوجود السرطان

وقد يحصل انسداد الامعاء فجأة ولا يعلم وجود السرطان الا بعد اجراء عملية
الشق البطنى أو عند تشريح الجثة وفى أحوال اخرى يحصل التهاب بريتونى مزمن
مصحوب بانسكاب مصلى بحيث يتوهم ان المريض مصاب بالاستسقاء الزقى المتعلق
بسبب غير السرطان ويفعل البزل فيخرج سائل مدمم وبعد هبوط جدر البطن
يتضح وجود الورم السرطانى

واذا كان مجلس السرطان فى الامعاء الغليظة ونسبب عنه ضيقها ربما اكتسب
المواد البرازية شكلا شريطيا أو تصير رفيعة رقيقة خيطية أو تكون مستديرة
كبعر الماعز أو يحصل امساك مستعص أو انسداد فى الامعاء أو يعقب الامساك
اسهال وافر بسبب تقرح السرطان واتساع الامعاء بعد ضيقها فى جزئه

ومن الاعراض الملازمة له النزيف ويعقبه خروج الدم محمرا اذا كان مجلس
السرطان بالقرب من المستقيم او اذا كان النزيف غزيرا وخرج بسرعة من
القناة الهضمية وأما اذا كان مجلس السرطان فى الامعاء الدقيقة أو فى
الاثنى عشرى فان الدم يتأثر من العصير الهضمى ويخرج مسودا أو اسود كالقطران

وقد

وقد يحتوى الغائط على مادة مخاطية قيحية مائية مدمية مصحوبة بقطع صغيرة من النسيج السرطانى فى حجم البسلة أو البندقة ويصحب السرطان المعوى غالبا انتفاخ البطن بدرجة مختلفة وهذا مما يصعب البحث عنه وكلما تكرر المغص يحصل فى الأمعاء تشنجات ديدانية توجب بروزها تحت جدر البطن بحيث يمكن مشاهدة حركاتها بدرجة واضحة

ويجس جدر البطن يستشعر بورم يسهل تحديده اذا كان المريض نحيفا وجدر بطنه رقيقة وغير متوترة والبطن غير منتفخة ولم توجد فيها انسكابات تستره وتغيب معالمه وبالجملة يستعان على الأحساس بالورم وتحديده باتحاد الجس على جدر البطن مع الجس المستقيمى ويضاف اليه الجس المهبلى عند المرأة ومتى وجد الورم فانه يتصف بشكله المستدير أو البيضاوى وسطحه ذو التحدبات الغير منتظمة وقد يصل حجمه الى قدر القبضة أو أزيد ويتألم المريض بالضغط عليه ويتميز الورم السرطانى عن الورم الناشئ من تجمع المواد الثقلية فى الامعاء بأن الورم البرازى ينخسف تحت الضغط عليه ويتغير شكله

وقد يكون الورم السرطانى ثابتا فى محله بسبب التصاقاته البريتونية أو ثبات الامعاء المصابة به ولكنه يكون فى الغالب متحركا لاسيما متى كان محلسه فى مساريقا التعريج السينى مثلا أو مساريقا الامعاء الدقيقة وأما اذا كان محلسه القولون المستعرض ولم يلتصق بالاعضاء المجاورة فانه يسقط لثقله وينزل فى تجويف البطن جاذبا معه القولون فى أوضاع غير طبيعية تحت السرة

ثم أن أوصاف ورم السرطان ليست ثابتة عند الشخص فى الأوقات المختلفة فقد يحس به جيدا ويمكن تحديده بالدقة وبعد مضى بعض ساعات لا يتيسر الاحساس به وقد يبقى بعدها غير محسوس مدة بعض أيام أو بعض أسابيع حتى يظن الطبيب انه أخطأ فى تشخيصه واذا استمر الورم واضحا لأنه

قد يتنوع حجمه وشكله في الاوقات المختلفة وتنسب هذه الاختلافات لامتلاء الامعاء وفراغها وانتفاخها وهبوطها أو تغطية الورم بالعرى المعوية أو انجلائها عنه

وبالقرع تسمع للورم السرطاني اصمية واضحة انما يلزم الضغط بالاصبع أو بالصفيحة العاج بدرجة كافية لأجل هبوط العرى المعوية المجاورة أو المغطية للورم

واذا كان مجلس السرطان في المستقيم يمكن الاحساس به بالجس بالاصبع ويختلف أوصافه باختلاف الاحوال فاما ان يكون السرطان بقرب الشرج ويحدث ضيقا حلقيا املس ويمكن تعيين حدوده باجتماع الجس المستقيمي مع الجس البطني أو يكون سطحه متقرحا حبيبيا وتسيل منه مادة مخاطية قيحية مائعة مدممة منتنة ومحتوية على جزيئات هشة من المنسوج السرطاني وقد يكون السرطان في الجزء العلوي من المستقيم وبسبب الضيق في حذائه تضغط عليه المواد وتدفعه الى اسفل فيحصل سقوط في المستقيم ويقرب الورم السرطاني الى الخارج ويمكن معاينته وقد يحتاج الأمر الى المنظار المستقيمي وانما يكون استعماله شاقا جدا وعلى العموم يصحب سرطان المستقيم تألم زائد خصوصا مدة التغوط حتى ان بعض المرضى لايتغوط خشية الألم فيشتد الامساك وقد يحصل بالعكس اسهال مفرط ويصحبه أورام باسورية رخوة وقد ينتشر الألم نحو المثانة أو يثور في الاطراف السفلى بطول العصب الوركي باوصاف عرق النساء

وبالجملة فان سرطان الاثنى عشري متى كان مجاورا لفتحة القناة الصفراوية فانه قد ينشأ عنها فتشاهد اعراض اليرقان الدائم واذا كان السرطان بقرب البواب ربما يتسبب عنه ضيق هذه الفتحة فيحصل التمدد المعدي بدرجة مختلفة

وسير السرطان المعوي يختلف باختلاف مجلسه ودرجة الاضطراب الهضمي والأعراض

والاعراض العامة الكاشيكسية ولاتطول مدته الى ٤ سنين أوخمسة الانادرا وينتهى دائما بالموت اما من تقدم الكاشيكسيا أومن ظهور السرطان فى الاحشاء الأخرى أوعقب للمضاعفات المتنوعة كالانسداد المعوى وانثقاب الامعاء أو تمزقها والخراجات الغانطية التى تنفتح فى جدار البطن أو فى الاحشاء المجاورة كالرحم والمثانة وانتهاك الشخص اوحصول عنده الامتصاص الصديدى أوالعفن

(التشخيص) تشخيص سرطان المستقيم سهل لانه يمكن الوصول اليه ومعاينته واعراضه المهمة هى الآلام والامساك والسيلان الصديدى الدمم وأما سرطان الامعاء فان الحكم به يحتاج الى اجتماع اعراضه كالألم و الامساك والورم البطنى والكاشيكسيا ووجود بعض جزيئات فى المواد الثفلية وأما اذا كانت الامعاء منتفخة والبريتون ملتهبا وفيه إنسكابات فلايسهل تمييز السرطان المعوى عن اورام الاحشاء الاخرى ويصعب ايضا تعيين محلـه لأن السرطان يجذب الامعاء الى اسفل ويغير أوصافها الطبيعية

(الانذار) الانذار خبيث ولايؤمل من الوسائط الجراحية الاالقليل

(المعالجة) معالجة السرطان المعوى تخص الجراحة فيمكن استئصاله وفعل شرج صناعى ولايلتجأ الى المعالجة الباطنة الااذا كانت الحالة غير قابلة للعملية فيؤمر المريض بالاعتناء فى التدبير الغذائى ولايرخص له الا بالاغذية السهلة الهضم القليلة البقايا كاللبن والبيض واللحم والامراق وشرب البيرا والنبيذ ويمنع من الافراط فى المشويات كالخبز والبطاطس ويمنع من الخضراوات والفواكه ويتدارك الامساك بالملينات والحقن الملينة ويلطف الألم بالمورفين حقنا تحت الجلد واذا كان السرطان فى المستقيم توضع تلبيسات مسكنة ويغسل المستقيم بحقن يومية من محلول فوق منجنات البوتاسا اوخلات الرصاص ونتايج المضاعفات كالنزيف والالتهاب البريتونى والانسداد المعوى بما يوافقها

(المبحث السادس في الدرن المعوي)

درن الامعاء يكون تقريبا دائما تابعيا لدرن الرئة بسبب ازدياد البصاق المحتوي على الباسيل وقد يكون اصليا عقب استعمال اللبن المحتوي على الباسيل كما يشاهد ذلك عند الاطفال

وأما درن الشرج فإنه قد يسبق الدرن الرئوي او يتبعه أو يصحبه (التشريح المرضي) مجلس الدرن المعتاد في اللفائفي والقولون الصاعد والشرج وفي اللفائفي يصيب النقط التي تصاب في الحمى التيفودية أي لطخ بيير والغدد المغلوقة ومع ذلك فإن الدرن يمكن مشاهدته في بقية اجزاء الامعاء ويكون اما على هيئة حبيبات او تقرحات أما الحبيبات فإنها تبتدئ في النسيج الخلوي حول الاوعية وحول العقد وتحت الحمل المعوي ويتسبب عنها تهيج والتهاب موضعي ينتهي بالتقرح وقد تظهر الحبيبات الدرنية تحت البريتون بحيث يمكن الحس ببروزها بالجس قبل فتح الامعاء ويصحبها عادة احمرار الغشاء المصلي وتكاثفه أو تكون اغشية كاذبة على سطحه وأما التقرحات الدرنية فإنها تعقب لين التدرن ويكون مجلسها غالبا في لطخ بيير او في الغدد المغلوقة للفائفي وتكون في النادر متفرقة والعادة انها تتصل ببعضها وتكون قرحة مستعرضة تؤكل الغشاء المخاطي بالعرض على شكل حلقة او نصف حلقة طولها بعض سنتمترات وعرضها من ١ الى ٣ سنتمتر وسبب اتجاه القرحة الدرنية بالعرض هو اتباعها للأوعية التي تنشأ من الثرب وتحيط بالامعاء على شكل حلقي وقد تكون هذه القروح الحلقية متعددة ومتقاربة من بعضها أو متباعدة ببعض سنتمترات وتقرحات لطخ بيير لا يصحبها انتفاخها كالتقرحات التيفودية بل تكون منتشرة على سطحها وحافتها مقطوعة قطعا عاموديا

وتتصف التقرحات الدرنية بعدم انتظام حافتها وانتفاخها وقطعها قطعا عاموديا وتجنب قاعها وكون كل من الحافات والقاع مرتشحا بحبيبات درنية وقتية تغور بين الالياف العضلية وتصل الى النسيج الخلوي تحت البريتون

وتصل

وتصل التقرحات في النادر الى درجة انثقاب الامعاء، وقد يبتدئ فيها الالتحام ولكنه لايتم في القرحة لأنها تمتد وتتسع على الدوام ويصحبها انتفاخ في العقد المساريقية وارتشاحها الدرني

واذا كان مجلسها الاعور تضاعف غالبا بالالتهاب الأعوري أو ما الالتهاب حول الاعور وفي القولون ايضا تحدث التهابا واضحا وأما في الشرج فيكون الدرن منتشرا في الغشاء المخاطي والجلد معا وتنشأ عنه تقرحات مستطيلة شبيهة بالتشقق أو يعقبها ناسور شرجي

(الاعراض والتشخيص) تندر مشاهدة اعراض الدرن المعوي وحدها لأن هذا المرض يطرأ في سير الدرن الرئوي المتقدم مدة الكاشيكسيا الدرنية وربما استمر كامنا ولا يتضح وجوده الا في الجثة أو تتسبب عنه مضاعفات جنائية خطرة كالالتهاب البريتوني أو التزيف المعوي أو الالتهاب الأعوري وقد تكون الاعراض خفيفة تنحصر في الأسهال البسيط أو تكون شديدة متصفة باسهال متكرر من مواد قيحية أو مدممة مع مغص وآلام حادة تثور على نوب أو تتحرك بالضغط على البطن أو تكون قاصرة على الجزء المصاب بقرب الحفرة الحرقفية اليمنى مثلا وتكون مواد الأسهال منتنة أو محتوية على اغذية غير تامة الهضم وقد تستكشف فيها بقايا الغشاء المخاطي المتكرز او بعض جزيئات درنية واذا كان الدرن في الامعاء الغليظة ربما حصل زحير ويتسبب من تكرار الأسهال سرعة انحطاط قوى المريض أو هلاكه وقد يستعوض الاسهال بالأمساك كما يشاهد ذلك اذا كان الدرن قاصرا على ابتداء الامعاء الدقيقة فيتيسر للمواد التكاثف في الأمعاء الغليظة واكتسابها قواما صلبا وشلل الامعاء ايضا عقب التهاب الغشاء المخاطي يتسبب عنه فقد الحركات الديدانية وحصول الامساك المستعصي

وسير درن الشرج بطيء جدا وانما يصحبه الم شديد يوجب صعوبة التغوط ويزداد بالمشي وليس له ميل الى الالتحام ويصعب الكشف عليه بالمنظار المستقيمي بسبب زيادة تألم المريض وتتميز القرحة الدرنية عن القرحة الزهرية

بعدم تيبسها وعن القرحة الرجوع بعدم قبول صديدها التلقيح وكثيرا ما يحدث
من درن الشرج تكون خراج ينفتح فى الجلد ويعقبه ناسور درنى
ويوافق الدرن المعوى عند الاطفال درن العقد اللنفاوية المساريقا
فتشاهد اعراض الالتهاب المعوى مصحوبة بانتفاخ البطن وتمدد الاوردة تحت
الجلد وحصول انسكاب بريتونى خفيف
(الانذار) الموت هو الانتهاء المعتاد للدرن المعوى اما من تقدم الكاشكسيا
أو من حصول المضاعفات كالانثقاب المعوى والنزيف والالتهاب البريتونى
ويضاف الى ذلك خطر الدرن الرئوى الباعث لاصابة الامعاء
(المعالجة) لاجل مداركة اصابة الامعاء عند المسلول يؤمر بعدم ازدراد
بصاقه ويعالج الدرن المعوى بالاعتناء فى التدبير الغذائى والاقتصار
على الاغذية السهلة الهضم وضد الاسهال تعطى مركبات البزموت
والافيون ومسحوق دوفير ونترات الفضة على هيئة حبوب أو حقنة وتستعمل
اللبخ المسكنة على البطن وضد الآلام أو يحقن المورفين تحت الجلد أو تعمل
حقنة من النشا يضاف اليها صبغة الافيون أو اللودنم ويلزم ايضا تدارك
الامساك الذى يشاهد احيانا باعطاء الملينات أو الحبوب المسهلة
واذا كانت التغذية متعسرة يمكن استعمال اللحم النيئ أو البيتون وتعطى
الكوئليات أو الكونياك بمقدار مناسب
وأما الناسور الشرجى الدرنى فلا يحتاج لمعالجة جراحية لانه شوهد أن
شفاءه يوجب ثوران السل الرئوى وبعضهم يرجح معالجته ثم تسويته بعصبة
أو حزام مستديم

(المبحث السابع فى الديدان المعوية)

القناة الهضمية تحتوى غالبا على كائنات نباتية أو حيوانية متنوعة أما
الكائنات النباتية فيمكن اعتبار وجودها طبيعيا وبعضهم يعتبرها مساعدة
للهضم وان كان مضرا بالصحة فلا يعلم تأثيره بالدقة وأما الكائنات الحيوانية

فمنها

فمنها الحيوانات الدنيئة التى تصاحب الاسهال كالاميبى والسيركوموناس والتريكوموناس وليس لها اهمية كبيرة فى الاكلينك ويكفى لقتلها غسل حقنة كينية أو سليمانية فى المستقيم

واهم الكائنات الحيوانية للأمعاء هى الديدان وبعض الديدان يمر فى القناة مدة من حياته ثم يتم نموه فى الدم كالبلهارسيا أو فى العضلات كالتريشينا وقد سبق ذكرها وأما الديدان المعوية الحقيقية التى يتم نموها فى الأمعاء فهى على نوعين الديدان الشريطية والديدان الاسطوانية فلنشرحها على حدتها فنقول

(اولا فى الديدان الشريطية للأمعاء)

الديدان الشريطية تتميز بشكلها المبطط الشبيه بالشريط ويدخل تحتها ثلاثة انواع مهمة وهى (اولا) الدودة الوحيدة اى المسلحة أو ذات الكلاليب (ثانيا) الدودة المحفورة الوسط اى الغير المسلحة اوعديمة الكلاليب وتسمى ايضا بالساجيناتا (ثالثا) الدودة المحفورة الرأس أو المرضية اى البوتريوسيفال وسنشرح اوصاف هذه الديدان كل واحدة على انفرادها وأما الدودة القزمة اى النانا التى شاهدها بلهارس وغيره والدودة المنقطة المصفرة والدودة ذات الحلقات البيضاوية المستطيلة اى الكوكوميرينا والدودة المادا جاسكرية ومحفورة الرأس الحبلية أو القيطانية فانها انواع نادرة فلا نطيل الكلام عليها هنا

(اولا الدودة الوحيدة او المسلحة اى ذات الكلاليب) سميت هذه الدودة بالوحيدة لانها توجد غالبا منفردة وحدها فى القناة المعوية ومتى تم نموها فان طولها يصل الى مترين أو ثلاثة ونصف ورأسها تكون فى حجم رأس الدبوس وبالبحث عنها بعدسة معظمة للحجم من ٤٠ الى ٥٠ مرة يرى ان لها خرطوم بارز مسود فى الغالب وموشح ببعض ٢٦ الى ٣٠ كلابا بعضها صغير والبعض كبير وهى مرصوصة حول الخرطوم على هيئة حلقة

واطراف الكلاليب فيها متجهة الى الخارج وبالنظر لوضع الكلاليب نجد أن الصغار والكبار مصطفات على التعاقب بحيث يكون بجوار الكلاليب الكبار كلاليب صغار وهكذا وقد تظهر مواجهة صفين الصف الباطني متكون من الكلاليب الكبيرة والصف الخارجي من الكلاليب الصغيرة ولون الجزء العلوي من الرأس يكون عادة مسودا فيما نتيا أو سنجابيا محمرا ويوجد حول الكلاليب اربعة محاجم أو ممصات ومتى كانت الدودة حية يمكن مشاهدة المحاجم متحركة بحيث تبرز وتغور على التوالى

ويشاهد العنق دقيقا تحت الرأس يبلغ قطره من ٥ الى ٧ ميليمتر وطوله نحو قيراط وبعد العنق يكون جسم الدودة متركبا من العقل المفصلية التى يصل عددها الى ٨٠ أو ١٠٠ ويبلغ في النادر ٨٠٠ والعقل القريبة من العنق عريضة عرضها اكبر من طولها وكلما بعدت عن العنق تنمو حتى يصير طولها مساويا لعرضها فى مسافة مبدئية تقريبا ثم يصير طولها اكبر من عرضها ومتى قربت العقل من الذنب يصل طولها من ٩ الى ١٢ ميليمترا وعرضها من ٥ الى ٧ ميليمتر فقط وحيث ان العقل تشبه حب القرع سميت الدودة الوحيدة أيضا بالدودة القرعية

وكل عقلة من عقل الدودة الوحيدة تحتوى على اعضاء التناسل الذكر والانثى معا وتوجد الفتحات التناسلية بارزة على شكل حلمة على احد جوانب العقل على التعاقب اى ان الفتحة التناسلية الموجودة فى الجهة اليمنى لعقلة تعقبها فتحة فى الجهة اليسرى فى العقلة المجاورة وهكذا وتتكون اعضاء التناسل من عضوى الذكر والرحم وعى الرحم فى وسط العقلة مواجهة قناة مركزية ينشأ منها من اليمين واليسار على زاوية حادة من ٧ الى ١٠ فروع ومنشأ من الفروع فريعات اصغر منها ويمكن معاينة هذه التفرعات جيدا متى وضعت العقلة بين لوحين من الزجاج وضغط عليها بقوة ثم عين النظر فيها بين العين وينبوع ضوء شديد

ومحتم

ومتى تم نمو العقل بقرب الذنب يظهر عضو الذكر وأما الرحم فانه يحتوى
على بيض مستدير تقريبا طوله ثلاثة ميليمتر ونصف وعرضه ثلاثة وربع
ولكل بيضة غلاف سميك يحتوى على بعض الياف مستطيلة ممتدة على سطحه
على هيئة تشعع متقارب دقيق ويوجد فى باطن كل بيضة مادة حبيبية
محتوية على ستة كلاليب دقيقة مصطفة بجوار بعضها

ومتى وصلت بيضة الدودة الوحيدة الى معدة بعض الحيوانات كالانسان
والخنزير والكلب فان العصير المعدى يؤكل غلافها ويخرج منها الجنين
ثم ينمو فى بعض الانسجة ويستحيل الى حالة سيستيسركوس ويشترط
لفقس البيضة حينئذ مرورها فى المعدة ولذلك لا تنفقس بيضات الدودة
الوحيدة فى امعاء الاشخاص المصابين بها بل تخرج مع البراز وتطرح فى الخارج

(ثانيا) الدودة المحفورة الوسط اعنى الغير المسلحة أى عديمة الكلاليب)
وتسمى ايضا بالساجيناتا وهى اطول من الدودة الوحيدة حتى يبلغ طولها
من نحو ٧ الى ٨ امتار وهى اقل شفافية منها ورأسها مفلطحة أكبر من
رأس الدودة الوحيدة وقطرها يصل من ٢ الى ٥ ميليمتر (ولا يصل فى
الدودة الوحيدة الا الى ١ أو ٣ ميليمتر) وليس لها خرطوم ولا كلاليب
ولكن لها اربعة محاجم وقمتها مسودة

وأما العنق فقصير لا يزيد عن ١١ او ١٥ ميليمترا والجسم يتركب من نحو ١٠٠٠
الى ١٣٠٠ عقلة والفتحات التناسلية ليست متعاقبة دائما فى جهتى العقل
كما فى الدودة الوحيدة بل تكون احيانا فى جهة منها على صف واحد (دى لافوا)
ولا يتم نمو العقل ويظهر فيها البيض الا بعد نحو ٤٠٠ الى ٦٠٠ عقلة
بعيدا عن العنق (بخلاف الدودة الوحيدة فان عقلها تكون تامة النمو بعد
مائتى مفصل تقريبا) وقد يصل طول العقل التامة الى ١٠ أو ٢٠ ميليمترا
وعرضها الى ٥ او ٧ ميليمتر ويتفرع رحمها الى ٢٠ أو ٣٠ فرعا كل فرع
ينقسم الى فريعات تنتهى بفقر كيس مستدير (بخلاف الدودة الوحيدة

فأن فروع رحمها لا تزيد عن ٧ أو ١٠ وتنتهى فريبا تها بجيب عريض شبيه باوراق الشجر

وأما البيض فأنه شفاف الغلاف كبيض الدودة الوحيدة وانما يتميز عنه بشكله البيضاوى قليلا طوله ٤ ميلليمتر وعرضه ثلاثة ونصف (ايشورست) وتتهجر العقل غالبا قبل خروجها مع البراز ويتفرغ بعضها من البيض فتهبط وتذبل أو تصير غير بالية الشكل ولا يشاهد ذلك فى عقل الدودة الوحيدة وقد تكون الدودة مشوهة الخلقة بحيث يرى لفتحات التناسل فتحتان فى كل عقلة او تكون مفاصل العقل غير تامة أو يكون الجسم مزدوجا والجزء المزدوج منه متصل باحدى العقل على زاوية حادة

وبيض الدودة المذكورة ينمو ويتفقس فى البقر على حالة سيست مثانى أو خلالى

(ثالثا الدودة المحفورة الرأس اى البوتريوسيفال) وتسمى ايضا بالدودة العريضة لأنها اعرض انواع الديدان المعوية وهى دودة مستطيلة قد يصل طولها من ٥ الى ٨ أمتار ورأسها مبططة مستديرة أو لوزية الشكل طولها نحو ٢ ميلليمتر وعرضها واحد ميلليمتر وبالنظر فيها بالعدسة المعظمة المذكورة يرى فى جانبى الرأس حفرتان فيهما جسم غائر مستطيل ويعقب الرأس عنق دقيق يصل طوله من ٣ الى ٥ ميلليمتر ويتميز الجسم بتعدد مفاصله التى ربما بلغت ٤٠٠٠ أو ازيد والعقل التامة التكوين تبتدئ بعد نحو ٦٠٠ مفصل وتزيد عرض العقل هنا عن طولها بكثير فيكون العرض ٥ ميلليمتر مثلا والطول ٢ فقط ولكن متى قربت العقل من ذنب الدودة يتساوى العرض والطول تقريبا بحيث يصير شكل العقل مربعا

ويتصف الرحم فى الدودة العريضة بكونه غير متفرع كرحم الدودة الوحيدة بل يتعرج وينثنى فى اربعة أو خمسة اتجاهات مختلفة وينفتح على بطن الدودة فى وسط العقل وتكون حافة الفتحة غامقة أو مسودة واضحة

ويحتوى

ويحتوى على بيض أكبر من بيض الدودة الوحيدة وشكله بيضاوى وطوله من ٠٠٦ر
الى ٠٠٧ر ميليمتر وله غطاء فى احد اطرافه ينفتح لاجل خروج الجنين وغلاف
البيضة اقل سماكة من غلاف بيضة الدودة الوحيدة ولونه سمنى وتشاهد
مادة خلوية داخل البيضة
ويعيش جنين الدودة المحفورة الرأس فى بعض الاسماك والقواقع أو فى الماء
(لو كارت)
(الأسباب) لا تتولد الديدان الشريطية بنفسها عند الانسان كما كان يظن
قديما بل تنشأ من وصول الجنين السيستى فى المعدة مع الاطعمة والمشروبات
ثم ينفذ الى الامعاء ويعيش فيها ولا تحصل الاصابة من شخص لآخر عادة بل يحتاج
الأمر لمرور العقل الديدانية أو بيضها فى جسم حيوان آخر مكلف بفقس البيض
الديدانى وتولد الجنين بالطريقة الآتية
وهو أن الدودة الشريطية متى تم نمو عقلها فى أمعاء الانسان تنفصل بعض
عقل محتوية على البيض وتخرج مع المواد البرازية وتنتشر هذه المواد فى المياه
أو المزارع فتأكلها الحيوانات وتنفجر البيضة من تأثير العصير عليها ويخرج
الجنين ويعيش فى جسمها على حالة سيستية ثم متى دخلت لحوم هذه الحيوانات
فى اعدية الانسان وأكلها قبل طبخها بدرجة كافية لقتل الجنين فانه يصل
من المعدة الى الامعاء ويعيش فيها على حالة دودة شريطية
ويختلف الحيوان المكلف بفقس البيضة الديدانية على حسب نوعها فالخنزير
يولد الجنين السيستى الخلوى للدودة الوحيدة ومثله فى ذلك الارنب والخاروف
والأيل والكلب والقرد والدبة واما جنين الدودة المحفورة الوسط فالمكلف
بتوليده البقر والاغنام والزرافة وأما جنين الدودة المحفورة الرأس فقد
قيل ان المكلف بتوليدها بعض الاسماك كالبياض (براون) وبعضهم يزعم
انها تفقس وحدها فى الماء ويزدردها الانسان عند شربه (براون) وتشاهد
كثيرا على شواطئ البحر الشمالى وترع السويسرة وفى جزيرة اليابان وبما توضح يعلم

ان الانسان لا يصاب بالديدان الشريطية اذا كان محترسا في ماكله ومشربه ولا يصاب بها الا متى تعاطى المواد المحتوية على الجنين ولذلك نشاهد الديدان الشريطية خصوصا عند عدم مراعاة الشروط الصحية والاهمال في الوساخة وطرح المواد الثقيلة في الخلوات والغيطان او الانهار المعدة للشرب بحيث تصل اليها الحيوانات وتاكل او تشرب منها ثم عدم ملاحظة الحيوانات المذبوحة ولحومها وعدم طبخها جيدا او اكلها نيئة او نصف شواء كما يشاهد ذلك عند الاطفال والمرضى الملزمين باكل اللحم النيء لضرورة المعالجة وعند الاشخاص الذين ياكلون لحم الخنزير مدخنا فقط وعند المتوحشين كاهل الحبش مثلا

وبالنظر لتوزيع نوع الديدان الشريطية توجد الدودة المحفورة الرأس متسلطنة في شمال اوروبا وفي السويج والدودة الوحيدة منتشرة في عموم اوروبا بسبب كثرة استعمال لحم الخنزير واما الدودة الغير المسلحة فتوجد بالاكثر في البلاد التي يؤكل فيها لحم البقر والغنم كبلاد الشرق ولا تشاهد الدودة الوحيدة عند المسلمين ولا اليهود لانهم لا ياكلون لحم الخنزير ديانة

ثم أن البيضة متى انفجرت في معدة الحيوان وخرج منها الجنين فانه يثقب جدر المعدة والامعاء ويصل الى بعض فروع الوريد الباب ومنه الى الكبد أو ان الجنين يستمر في سيره في سمك الانسجة حتى يصل الى الاعضاء الاخرى التي توافق لمسكنه ونموه كالمخ والعضلات وكلاليب الجنين تساعده على هذا السير ومتى استقر الجنين في العضو ينمو فيه ويفقد كلاليبه الستة ويحاط بغلاف حديث التكوين حبيبي ينشأ من ارتشاح الانسجة وقد يكفي لذلك مسافة بعض ايام (لوكارت) ويصل قطر الكيس الديداني المذكور الى ٦ أو ٨ مليمترات ويحتوي في تجويفه على سائل شفاف كانه مثانة أو حويصلة ويستمر تغذيته بواسطة الاوعية الشعرية ثم يظهر في نقطة من سطحه الباطن بروز ينمو في الحجم شيئا فشيئا ويكتسب شكل الكمثرى ويظهر في رأسه من الداخل

اربعة

اربعة محاجم وحلقة كلاليب دقيقة ويبتدئ ظهور العنق فتمتد الى الرأس في السائل بهيئة رأس الدودة الوحيدة وانما تكون مقلوبة مثل قلب أصبع الالدوان (الى القفاز) ومتى وصل الكيس الديداني لهذه الدرجة ينتهي بأحد أمرين فاما انه يموت ويستحيل الى الحالة الكلسية أو يصل الى القناة الهضمية الانسان أو لحيوان آخر آكل اللحوم وحينئذ يستحيل الى دودة شريطية على وجه ما آتي وهو متى وصل الكيس الديداني الى المعدة فان غلافه يتأكل من العصير المعدي وتخرج رأس الجنين معتدلة بعد ان كانت منقلبة كما يفرد أصبع الالدوان المنقلب فبعد ان كانت سابحة في سائل الحويصلة تبرز الى الخارج على سطح حويصلتها ولذلك سماها بعضهم غلطا بالدودة الحويصلية أو الحويصلة الذنبية ولكن هذه الحالة لاتستمر الازمنا يسيرا لأن العصير المعدي يأكل الحويصلة ايضا واما الرأس وعنقها فانهما يقاومان تأثير العصير المعدي ويصلان مع متحصل المعدة الى القناة المعوية وتثبت الدودة فيها وتنمو بسرعة بحيث انه في مسافة بعض ايام يشاهد ابتداء الجسم المخطط الذي يستطيل بالنمو

ثم أن الديدان الشريطية تشاهد عند الكهول اكثر من الأطفال وفي الغالب عند الجزارين والطباخين

(الاعراض والتشخيص) وجود الديدان الشريطية في الامعاء قد يكون كامنا بدون اعراض واضحة بحيث يظهر أن الشخص متمتع بظواهر الصحة التامة ولايعلم وجودها الاعند خروج بعض عقلها مع الأفراز أو رؤيتها بالصدفة أو عند استكشاف بيضها في المواد الثفلية عند استعمال الميكروسكوب لقصد آخر

وقد يتسبب من وجود الديدان الشريطية في الامعاء اضطراب في الهضم يحير الطبيب والمريض في تعيين سببه الحقيق مدة مستطيلة فالبعض يشتكي بالاحساس بضغط في الامعاء او ثقل في نقطة ثابتة حول السرة أو يستقل

فى جلسه على الدوام والبعض يستشعر بحركات الدودة وانقباضاتها ولا تشاهد
هذه الحركات فى الدودة خارج الجسم ولكنها تحصل فى الأمعاء اذا كانت الدودة
متمتعة بشروطها الحيوية ودافئة فى الامعاء (لوكارت) والبعض يشتكى
بالمغص الذى تزداد شدته بعد تعاطى بعض الاغذية كالفسيخ أو البصل
أو الثوم أو المواد الحمضية وأما اللبن والبيض والاطعمة الدسمة والزيوت
فانها توجب تلطيف حدة المغص عادة وبعض المرضى يتقايا خصوصا فى الصباح
وتخرج المواد سائلة كاللعاب والبعض يحس بضيق الصدر
وأما الشهية فاما ان تزداد جدا بحيث لا يحتمل المريض آلام الجوع ولا انتظار
الطعام ويأكل بشراهة ولكنه لا يستفيد من التغذية ويخف جسمه ويبهت
جلده واما ان تفقد الشهية بالكلية ويصحب اضطراب الشهية اما امساك
أو اسهال بحيث يظن المريض انه مصاب بنزلة معدية مزمنة ويعالج حينئذ
معالجة غير صائبة
وخلاف الأعراض الموضعية المذكورة تشاهد اعراض الفعل المنعكس كالفواق
والدوخان والصداع والاغماء والهذيان أو الجنون والتقلصات البسيطة
أو الصرعية أو الكورية وتضريس الاسنان مدة النوم والشلل وعدم تساوى
الحدقتين وتغير السحنة واضطراب السمع والبصر والأكلان لاسيما فى الأنف
والمستقيم ويحصل سعال عصبى وقد تحصل الانيميا وربما اكتسبت الشكل
الخبيث وتشاهد العقل الديدانية او بعضها فى براز المصابين بالديدان
الشريطية ووجودها يؤكد التشخيص وتخرج الحلقات غالبا فى فصلى الربيع
والخريف واحيانا تنقذف الدودة الوحيدة باجمعها فى الغائط كما يشاهد
ذلك خصوصا عقب تعاطى المواد المضادة لها او بعض المسهلات وفى سير
الحميات الثقيلة ربما اصيبت الدودة نفسها بآفات مرضية فيسهل خروجها
بنفسها وتخرج العقل الديدانية عادة من المستقيم وقد تخرج فى القيئ وبالبحث
عن هذه الاجزاء يمكن تشخيص نوع الدودة الشريطية اذ لا يكتفى بقول
المريض

المريض لأنه كثيرا ما يخطىء ويزعم انه شاهد المقل الدودانية مع كونه لا يتبرز الا بقايا الاطعمة المبيضة كأجزاء الأوتار والأوعية وبالنظر لما سبق شرحه تتميز عقل وبيض كل من الدودة الوحيدة والغير المسلحة والمحفورة الرأس بأوصافها الخاصة وزيادة على ذلك فأن الدودة المحفورة الرأس تنقذف عقلها متعددة على هيئة سلسلة وتخرج دائما مع المواد البرازية عند حصول مجهود التغوط وأما في الدودة الوحيدة والغير المسلحة فتنقذف المقل منفردة وقليلة العدد وتخرج بغير شعور المريض في غير اوقات التغوط

(التشريح المرضى) الديدان الشريطية لا تكون سببا في اهلاك المريض بها ويستكشف وجودها في الجثة بالصدفة غالبا وتثبت الدودة في الغشاء المخاطي المعوى بواسطة محاجمها أو كلاليبها وتكون اما متكورة او تلتف مع عقلها على العنق ويتدلى باقي جسمها في القناة المعوية ولا تنشأ منها آفات مهمة موضعية عادة والتقرحات والنزيف المعوى اللذان قد يشاهدان ينسبان الى مضاعفات عارضية

والديدان الشريطية تعيش مدة طويلة نحو الثلاثين سنة وتكون منفردة عادة ولكنها قد تتعدد في الشخص الواحد وربما وصل عددها الى عشرة (فيرو) او ٤٠ (كليفلاند) ويعلم تعددها في الحي متى شوهدت عدة رؤس في المواد البرازية ومتى تعددت الديدان الشريطية تكون من نوع واحد عادة لأن الدودة الوحيدة لا تصحب المحفورة الرأس الا في احوال استثنائية ويعرف وجودهما معا في الحي بخروج حلقاتهما الواصفة لهما في آن واحد أما وجود الديدان الشريطية مع الديدان الاسطوانية في شخص واحد فليس بنادر

(المعالجة) المعالجة الواقية هنا مهمة جدا وتقتضي مراعاة نظافة البيوت وعدم طرح المواد الثفلية في الفلوات والانهر كيلا يصل اليها الخنزير

ولا تأكل البقر والاغنام من الحشائش الملوثة بها في الغيطان ويلزم التفتيش الدقيق على لحوم الحيوانات المعدة للأكل لأجل استكشاف المصاب منها بالسيست وتحريم استعماله وحيث ان الطبخ يقتل الديدان تحقيقا فيلزم اجتناب أكل اللحوم النيئة أو الغير التامة الطبخ

ولا تعطى الأدوية الطاردة للديدان الا بعد التحقق من وجودها ومشاهدة حلقاتها في البراز خصوصا عند الاطفال والشيوخ والنساء الحوامل والمرضى بالسل الرئوي لأجل عدم تعريضهم لاتعاب المعالجة المذكورة بدون اقتضا فانها ربما كانت سببا للخلل بعدهم واذا كان وجه الشبهة قويا يبتدأ بتأكيد التشخيص فيعطى للمريض مسهل أو مقدار خفيف من الأدوية الطاردة للديدان كالزيبق الحلو ومسحوق الجلبة بمقدار ٥٠ سنتيجرام في المساء والصباح أو خلاصة الشرخس الذكر بمقدار ٤ جرامات تعمل ٢٠ حبة يؤخذ منها ١٠ صباحا و١٠ قبل النوم وقد يكفي في طرد الدودة أو بعض حلقاتها التي بمشاهدتها يتأكد التشخيص اكل الفسيخ او الثوم أو البصل أو بعض الفواكه كالكريز والتوت الافرنجي ثم تعاطي مقدار أوقية من زيت الخروع

والمعالجة الطاردة للديدان تتضمن ثلاثة ادوار دور التحضير ودور سكر الدودة ودور خروجها

اما دور التحضير فيستدعي تنظيف الأمعاء وفوانيها بقدر الامكان وذلك لأجل تجويع الدودة فيكتفي المريض بالاغذية الخفيفة كالأمراق والألبان والبيض مدة يومين او ثلاثة ويأخذ مليناً خفيفا في الصباح ويأكل في المساء مقدارا من الفسيخ او الثوم او البصل

وأما دور سكر الدودة فيقتضي استعمال الأدوية المخصوصة المضادة للديدان وهي وان كان مفعولها غير تام دائما الا انها تنجح في معظم الاحوال ويلزم تعاطيها صباحا بعد دور التحضير واحسنها هنا خلاصة الشرخس الذكر

السائلة

السائلة أو مسحوقة من ٣ الى ٥ جم حبوبا أو زيته الايتيرى يؤخذ خوزامن ١٠ الى ٢٠ بشكل خرزة تحتوى على ٠,٣٠ من الزيت الايتيرى والكوسو اى الشجرة الحبشية بمقدار ٢٠ جراما منقوعا أو فى ليمونا تا يؤخذ مرة واحدة مع التفل والكامالا بمقدار ١٥ جراما فى القهوة وقشر جذر الرمان بمقدار ٥٠ جراما فى مغلى محلى أو اصله الفنال لاسيما نتات البلتيرين بمقدار ٠,٢٠ سنتجراما فى الماء المحلى وروح التربنتينا بمقدار ٥٠ جراما والبترول بمقدار ٦٠ الى ٣٠ نقطة فى خرز مخصوص وبيكر ونترات البوتاسا بمقدار جرام واحد فى ١٥ حبة وحب القرع الى غير ذلك

ويجب على الطبيب مراعاة تأثير هذه الأدوية على المريض لانها قد يتسبب عنها اضطراب عصبى وقئ واغماء أو هبوط ثقيل ومتى شوهدت هذه الاعراض يلزم توصية المريض بملازمة الفراش وتعطى له القهوة أو الليمونانا أو قليل من الكونياك

وأما دور خروج الدودة فانه قد يعقب تعاطى الدواء المضاد لها بمسافة ساعتين او ثلاثة بنفسه وفى هذه الحالة ربما تخرج الدودة بتمامها أو بعض اجزاء منها فقط فاذا خرج جزء منها وتدلى خارج الشرج يلزم عدم جذبها خوفا من قطعها وبقاء الرأس فانه يتعذر خروجها بعد ذلك بل يلزم لف الجزء المتدلى بخرقة او قطعة من الورق وانتظار خروج بقية الدودة أو يوصى المريض بالتغوط فى اناء ممتلئ بالماء بدرجة بحيث يلامس مقعد المريض عند جلوسه عليه ليسقط جسم الدودة فى الماء خفيفا فلا يضغط على الرأس بقوة ولا يقطعها كما يحصل ذلك متى سقط جسم الدودة بثقله فى الهواء

والادوية المساعدة على خروج الديدان هى المسهلات فاذا تأخر خروج الدودة بعد أخذ الدواء بساعة يلزم اعطائه المسهل حتى ان الدودة ولو خرجت كاملة يلزم تعاطى المسهل كى تتخلص الامعاء من بواقى الدواء الذى سبق تعاطيه ولا يتأخر عن تعاطى المسهل زيادة عن ساعتين أو ثلاثة

استعمال زيت الخروع مرة واحدة أو كل ساعة ملعقة ولا بأس من اتباع ذلك بحقنة مائية لأجل غسل الامعاء وأما اذا لم تخرج رأس الدودة فيستعوض ماء الحقنة بمنقوع جذر الشوخس الذكر (٥٠ جراما من الشرخس على ٥٠٠ من الماء)

ولا يحصل الاطمئنان ولا الحكم بالشفاء الا اذا خرجت الرأس ولذلك يلزم الاعتناء في البحث عنها في المواد البرازية فتصب المواد في منخل ويسلط عليها سلسال الماء لاجل تحليلها وعلى كل حال فيمكن اعتبار الشفاء تاما متى مضى على الشخص نحو ثلاثة اشهر الى ثلاثة ونصف بعد المعالجة ولم تظهر في برازه حلقات ديدانية لأن هذه المدة تكفي لنمو المقل التناسلية اذا لم تخرج الرأس من الأمعاء

(ثانيا في الديدان الاسطوانية للأمعاء)

الديدان الاسطوانية تتميز بشكلها المستدير وانواعها المهمة هي الديدان الخراطينية والديدان الخيطية اي الشعرية الذنب والديدان الشعرية الرأس والانكلوستوما اي المتوجة الفم وأما العلق المعوي الذي يشاهد في الدوسنتاريا والأسهال بقرب خط الاستواء ودود الذباب والتريغانود ونحوها فهي نادرة ولا حاجة الى شرحها هنا

(النوع الأول في الديدان الخراطينية)

هذه الديدان تشبه الديدان الأرضية ومتى كانت متمتعة بالحياة يكون لونها احمر مسمرا او مصفرا نصف شفاف واما بعد موتها فتصير سمراء سنجابية ولها رائحة كريهة نافذة تنتشر من نسيجها المفصلي (لوكارت) وتؤثر على العين والأنف وتهيجه وتوجب العطاس وظهور أعراض شبيهة بأعراض حمى الدريس لمن يشتغل بتشريحها (باستيان)

والدودة الانثى اطول من الذكر فقد تصل الى ٢٠٠ مم او ٢٤٠ سنتيمترا وأما الذكر فلا يزيد عن ٢٠٠ د ويكون اقل منها غلظا وكلاهما مستدير

ولكنه

ولكنه يتيطط قليلا من جهة الرأس والذنب ويعرف ذنب الذكر بتلوية على نفسه وتشاهد فيه فتحة قضيب مزدوج وأما ذنب الانثى فانه مستقيم وتوجد فتحة الرحم في الجسم بين الثلث المقدم والثلثين المؤخرين واما فتحة الشرج فتوجد في ذنبها ويوجد خلافها ايضا فتحة افراز سامية بجوار الرأس ورأس الدودة الخراطينية واضحة وفيها الفم مثلث ذو ثلاث حلمات شفوية موشحة باسنان شيتية وأما الجسم فتشاهد فيه اربع خطوط تمتد من الرأس الى الذنب

وبيض الديدان الخراطينية يشبه بيض الدودة المحفورة الرأس بيضيا وهو طول له من ٥ الى ٦ من ميلليمتر وفي باطنه مادة حبيبية مخالطة بمحفظة معتمة ومغلف بطبقة زلالية حلمية وعدده وافر وقد يصل عدد ما بالدودة الواحدة الحلو الستين مليونا

(الاسباب) الى الآن لم تعلم حقيقة تولد هذه الديدان لان بيضها لا يفقس عند الانسان والمظنون أنه لابد من مرور البيض في حيوان آخر أو في الماء أو بواسطة اخرى لاجل خروج جنينه ثم متى ازدرده الانسان ووصل الى الامعاء يتم نمو الدودة فيها ولذلك تكثر مشاهدة الديدان الخراطينية عند المهملين في النظافة والذين يأكلون الخضراوات والفواكه بدون غسلها كسكان القرى والارياف والذين يشربون المياه الملوثة وتشاهد الديدان المذكورة عند الاطفال غالبا وبين سن ٩ الى ١٠ سنين وعند مختلي المعقول وتشاهد عند النساء اكثر من الرجال ويندر مشاهدتها عند الطفل الذي لم يبلغ سنة وتكثر عند سكان القرى والجهات الرطبة القذرة

(الاعراض) الديدان الخراطينية تعيش في الامعاء الدقيقة وقد يصل عددها فيها الى بعض مئات بحيث تملأ الامعاء بتمامها خصوصا عند الاطفال والبله ويصل بعضها الى الامعاء الغليظة ويخرج مع الغائط

وقد يصل بعضها الى المعدة ويخرج بالقيء وقد تنفذ الدودة في القناة الصفراوية وتسدها أو تصل الى الكبد فتحدث فيه التهابا أو خراجا أو تنفذ في فتحة ويوسون أو في المعدة وتسري منها بطول المريء ثم تدخل في الحنجرة فتوجب الاختناق أو تصل الى الشعب فتوجب الالتهاب الرئوي والخراج أو تدخل في الانف أو تنفذ في قناة فاللوب الى الاذن واذا صادفت في الامعاء تفرق اتصال أو تثقبا أو ناسورا تحاول ان تنفذ فيه وربما سقطت في البريتون أو وصلت الى فتحة الناسور الأخرى ووصلت الى الاحشا المجاورة كالرحم والمثانة ولكنها لا تجرح الامعاء بنفسها ولا تثقبها اذا كانت جدرها سليمة وقد يحدث من تكورها في نقطة من الامعاء انسداد المعا وذلك نادر جدا وقد تكون سببا في تكون خراج يكون مجلسه عادة في السرة أو في الاربية وعند فتح الخراج تخرج منه الدودة ويلتئم الجرح غالبا بدون تكون ناسور

واعراض الديدان الخراطينية قد تكون كامنة ومتى ظهرت فأنها تشبه أعراض الديدان الشريطية الموضعية والعامة المتعلقة بالفعل المنعكس كاضطراب الهضم والمغص واضطراب الشهية والمتون والاعراض العصبية على العموم واكلان الانف وسيلان اللعاب على الوسائد وتضريس الاسنان وعدم تساوي الحدقتين الى غير ذلك

(التشخيص والانذار) متى شوهدت الاعراض المذكورة عند شخص وعلى الخصوص الأطفال يحصل الاشتباه في وجود الديدان عندهم وانما لا يتأكد التشخيص الا عند خروج بعضها ولأجل تأكيد التشخيص يعطى الشخص مقدار خفيف من الأدوية المخصوصة المذهبة للديدان لأجل خروج بعضها أو بيضها ولا تلتبس الدودة الخراطينية بدودة الأرض لأن دودة الارض أكثر احمرارا وسطحها مغطى بوبر وفتحة فمها طولية كالشق ووجود الديدان الخراطينية في حد ذاته ليس بخطر ولكن مضاعفاته المذكورة سابقا

سابقا فوجب الحظر
(المعالجة) متى تحقق التشخيص يبادر الى معالجة المريض واحسن الأدوية الطاردة لهذه الديدان هي السانتونين بمقدار ٢٥٠ر الى ٣٠ سنتيجرام للكهل و ٠٥ر الى ١٥ر للطفل مرة أو مرتين في اليوم ويتبع ذلك بمسهل لان السانتونين تقتل الديدان الخراطينية بل تطردها امامها نحو الامعاء الغليظة فيتأتى المسهل لاجل طردها وانما يحترس في استعمال السانتونين لانها تحدث عند بعض الاشخاص اعراض التسمم كتلون البول والجلد بلون اصفر ورؤية الألوان مصفرة أو مخضرة أو مزرقة وحصول الهذيان أو التشنج وقد يحصل اسهال وزحير أو نزيف معوي (كولولد) ويمكن استعمال السانتونين بسنتونات الصوديا (٥٠ سنتيجراما) ومنقوع زهر البقية (١٠ على ١٠٠ جرام ماء) وروح التربنتينا
ومن الضروري الاعتناء بالمعالجة الواقية التي تقتضي مراعاة الشروط الصحية وغسل الخضراوات والفواكه قبل اكلها والاعتناء في ترويق ماء الشرب

(النوع الثاني في الديدان الخيطية اي الشعرية الذنب او الأوكسيير)
هذه الديدان تشبه دود الجبن وهي خيطية الشكل وطول الانثى يبلغ ١٢ مليمترا والذكر ٥ مليمتر وذنب الانثى مستقيم شعري أرق من الرأس وأما ذنب الذكر فيكون ملتويا كذنب الدودة الخراطينية ورأسه ادق من ذنبه بقليل وبعض هذه الديدان بيضاوي الشكل احد سطحيه مبطط والسطح الآخر محدب وطوله خمسة مليمتر وعرضه اثنان ونصف من ميليمتر ويحتوي على مادة جبيبية ذات نواة واضحة وبعض خلايا مجوفة ولكل بيضة غلاف املس رقيق نصف شفاف
ومجلس الديدان الخيطية في المستقيم ولذلك يعبر عنها ايضا بديدان المستقيم ويكون عدد الديدان الانثى الملقحة كثيرا جدا وينشأ منها

في الغشاء المخاطي التهاب خفي وتندر مشاهدة الديدان الذكور وبعضهم يقول انها تتلاشى بعد تلقيح الانثى ويعتبر اذ لكل ٩ اناث من الدود ذكرا واحدا

(الاسباب) متى وصل بيض الديدان الخيطية الى الماء ربما يحمله الذباب وينقله الى الفواكه والخضراوات ونحوهما ومنها الى الانسان ولكن بعضهم لا يعتبر العدوى بهذه الكيفية ويزعم ان البيض يفسد في الماء فلا يفقس بيرها (ايشو رست) وانما تحصل العدوى بانتقال البيض بواسطة يد نفس المريض الى الفم ومتى وصل الى المعدة يذوب غلافه من تاثير العصير المعدي وينفذ الجنين الى الامعاء وينمو فيها ومتى كبر يحصل تلقيح الانثى ثم تتوجه الى الاعور وتنتشر في الامعاء الغليظة الى غاية المستقيم

وتشاهد الديدان الخيطية في جميع البلاد وتصيب الاطفال والنساء اكثر من الرجال ويكثر حصولها عند ضعيفي العقل والمهملين في النظافة وربما استمرت عند الشخص مدة حياته بسبب استمرار العدوى منه لنفسه لأن هذه الديدان في حد ذاتها قصيرة الأجل بحيث ربما يخلو منها المصاب بها متى اعتنى بالنظافة والشروط الصحية الكافية

(الاعراض) لا تشاهد الاعراض العامة السمباتوية والموضعية الا اذا كانت الديدان في الامعاء الدقيقة وتكون اخف جدا من اعراض الديدان الحراطينية ومتى وصلت الديدان الى الامعاء الغليظة والمستقيم يحدث منها اكلان في الشرج خصوصا في المساء عند الدخول في الفراش ويحصل اسهال بسيط او مصحوب بزحير ويخرج معه مواد مخاطية منعقدة يعبر عنها بعش الديدان وتسبح الديدان المذكورة بسهولة في فراش المريض خصوصا في الليل او تصل الى العجان وتدخل في

فى فرج المرأة وفى قلفة الرجل وتحدث فى هذه الأجزاء سيلانا مخاطيا وأكالا ناشديدا ربما تسبب منه هيجان اعضاء التناسل او الانتصاب الشديد أو التعود على جلد عميرة عند الشبان وقد ينهم ذلك الأكال فى الجلد عقب انتشار الديدان عليه وربما تسبب عنه طفح اكزيما وى خصوصا فى الثنيات الجلدية والسرج

(التشخيص والانذار) يتأكد التشخيص بالبحث عن المواد الثفلية واستكشاف الديدان فيها التى تعرف بأوصافها الطبيعية وحركاتها المستمرة وبالنظر لحدة حركاتها سميت ايضا بالديدان القفازة ويمكن استكشاف بيضها بالبحث فى المواد الثفلية المنعقدة فى ثنيات الشرج (ايشورست) وليس فى هذه الديدان خطر

(المعالجة) يلزم اعطاء الادوية الطاردة للديدان كالسنتونين واتباعها بمسهل لاجل تنظيف الامعاء وبعد ذلك تعمل حقن فى المستقيم يدخل فيها الثوم والخل (يهرس الثوم وينقع مدة ٢٤ ساعة أو يضاف اليه الخل بقدر ٣٠ فى المائة) أوماء الصابون أوماء الجير أو منقوع خشب المر أومحلول ملح الطعام أوغير ذلك وتكرر الحقن مدة ايام متوالية ولاجل منع سريان الديدان يدهن الشرج والعجان بالمرهم الزيبقى انما يحترس فى استعماله عند الاطفال خشية حصول التلعب الزيبقى ولاجل تدارك الاصابة بهذه الديدان يلزم الاعتناء فى النظافة والشروط الصحية التامة

(النوع الثالث فى الديدان الشعرية الرأس اى التريكوسيفال)

هذه الديدان تسمى ايضا بالقشية لغلظ جسمها كيد القامشة ودقة رأسها وعنقها كخيط القامشة وطول الانثى نحو ٥٠ مليمترا وطول الذكر نحو ٤٠ او ٤٥ مليمترا وذنب الذكر ملتو على نفسه كذنب الديدان الخراطينية والخيطية ولكن بدل ان يكون الالتواء كالخراطينية والخيطية

نحو البطن يكون ـــــ في هذه الدودة الشعرية نحو الظهر
وشكل بيض هذه الديدان بيضاوى أو مغزلى مقطوع الطرفين وطوله ٥
من ميليمتر وعرضه ٢٠,٠ من ميليمتر ولونه ابيض ومتزين في طرفيه ببروز
واضح ضعف شفاف وفى باطنه مادة حبيبية
ومجلس هذه الديدان الاعور ولذلك يجوز تسميتها بديدان الاعور ويمكن
مشاهدتها في جميع البلاد وتصيب الاشخاص في جميع الاعمار ولا تعلم
سبل الاصابة بها ولا تتسبب منها اعراض خاصة وقد شوهد جزء وجها
في المواد البرازية في الحمى التيفودية ومتى وجدت في المواد الثفلية يتعين
التشخيص وليس لها ادوية خصوصية بل يمكن استعمال الأدوية الطاردة
للديدان واتباع تعاطيها بالمسهلات لاجل تخليص الامعاء منها

(النوع الرابع في الديدان المعوجة الفم أى الانكلوستوما)

وتسمى هذه الديدان ايضا بديدان الاثنى عشرى وذوات الاربعة أسنان
وكانت قديما مختصة ببلاد المشرق تقريبا وبقرب خط الاستواء ثم شاهدها
دوبينى في ميلانو سنة ١٨٠١ واستكشف جريسنجر وبلهارس ارتباطها
بالانيميا المصرية سنة ١٨٠١ ووخريو وجدها منتشرة في البرازيليا سنة ١٨٦٦
وفى الازمنة الأخيرة كثرت هذه الديدان في اوروبا خصوصا بين شغالى
الفحم والطوابين في السويسرة وبعض جهات من إيطاليا وفرانسا والساردينيا
وهولاندا والمجر ويمكن اعتبار البلجيكا الآن مسكنا لها
وأوصاف هذه الديدان انها اسطوانية وجسم الذكر منها ملتو أو حلزونى
خصوصا من جهة الذنب وطوله من ٦ الى ٨ ميليمتر وأما الانثى فانها قليلة
الالتواء أو مستقيمة وهى اطول من الذكر بحيث يصل طولها الى ١٠ أو ١٢
ميليمترا ويكون الذكر دقيقا خيطيا مبيض اللون وأما الانثى فتكون
اغلظ منه ولونها ابيض وسخا أو مسمرا بسبب امتلائها بالدم وعدد
الذكور اقل من عدد الاناث في نسبة الثلث أو السدس وتكون الرأس في

النوعين

النوعين مثنية نحو الظهر على زاوية قائمة تقريبا والفم موشح بأربع اسنان من الشيتين البواقة وينشأ من انثناء الرأس تحول الفم معها وهذا هو السبب في تسميتها بالدودة المعوجة الفم والمظنون أن عمر هذه الديدان لا يزيد عن الثمان سنين (ايشورست)

والبيض له غلاف رائق ويحتوى على مادة مسمرة تتجزأ كلما تقدم نموها ويختلف طولها بين ٤٤ و٦٥ ميلليمتر وعرضها من ٢ وتضعف الى اربعة

(الاسباب) بيض الديدان المعوجة الفم يخرج مع المواد البرازية ويفقس في الماء والاوحال والطين وتخرج منه ديدان دقيقة جدا قوية الحركة متى وصلت الى القناة المعوية للانسان تنمو بسرعة وقد يبلغ عددها بعض مئات الى بعض الوف (بيرابس وجد فيها من ١٠٠٠ الى ٢٠٠٠ عند بعض المرضى) ويكثر بيضها حينئذ وربما بلغ الملايين وهذا هو السبب في انتشارها في البلاد الحارة وكثرتها بين الاشخاص المهملين في الشروط الصحية الذين يأكلون وايديهم ملوثة بالطين الابليز ويشربون الماء المتحكر كالفلاحين والشغالين والفاميين والطوابين

(التشريح المرضى) توجد الدودة المعوجة الفم غالبا في الصائم والاثنى عشرى وقد يكون الاثنى عشرى مجردا منها ولذا كانت تسميتها بالاثنى عشرية غير مناسبة وقد تصل الى اللفائف وتثبت هذه الديدان في الغشاء المخاطى للامعاء وتثقبه وتمتص الدم من اوعيته والذكور منها اقل ضررا من الاناث لأن الاناث تمتص من الدم زيادة عن اللازم لتغذيتها فيسيل الدم من ذنبها ويظهر انها تتغذى من مصل الدم وتترك الكرات الدموية التى توى في قناتها الهضمية بدون ان تتنوع ومتى كثر عددها طبعا يزيد مقدار الفقد الدموى لاسيما وانها متى تنقلت من نقطة الى اخرى تتخلف عنها جروح تدعى بعدها بدرجات مختلفة وربما امتلأ تجويف الامعاء من دم النزيف ولكن خروج الدم من المستقيم هنا نادر جدا

واذا فتحت الجثة عقب الموت فورا يمكن مشاهدة بعض الديدان حية ثابتة في الغشاء المخاطي للامعاء ويوجد جسمها متحركا بحركة ثعبانية وبقية الديدان ميتة ومختلطة بالافرازات المعوية وتوجد آثار جروحها على هيئة اكيموزات نقطية أو بقع عريضة ويوجد بعضها محمرا على حسب قدمها ويوجد البعض تام الالتحام واثرته منبجة ويكون مجلس الجروح في الغالب خلف ثنيات الغشاء المخاطي للصائم المعبر عنها بالصمامات بحيث تتوارى فيها الديدان من تأثير مرور المواد المعدية عليها وقد تتجاوز الديدان الطبقة المخاطية وتثبت في الطبقة العضلية تحتها

وبالتأمل في الجسم والاحشاء توجد جميع الاجزاء باهتة اللون زيادة عن الحد واغلب الاحشاء مصابا بالاستحالة الشحمية أو المتثوية المعبر عنها بالاستحالات الانيمياوية ويوجد ايضا بعض انزفة حشوية خصوصا في المراكز العصبية ونخاع العظام

(الاعراض) يستدل مما سبق ذكره في التشريح المرضى على ان اعراض الديدان الاثنى عشرية على نوعين وهما اضطراب الهضم المتعلق بتأثير الديدان الموضعي والانيميا الناشئة من الفقد الدموي

ويختلف ظهور هذه الاعراض وسيرها طبعا باختلاف عدد الديدان ومقدار الفقد الدموي وبعضهم يزعم ان هذه الديدان توجب الانيميا في مسافة شهرين ولو كانت قليلة العدد وينسب ذلك لافرازات الديدان التي لها تأثير مضعف أو سم يضم مفعوله الى تأثير الفقد الدموي ويزيده

ثم ان اعراض الاضطراب الهضمي تظهر ابتداء فيشتكي المريض بتعب أو ثقل أو ألم في القسم الشراسيفي ويحس بحرارة وحموضة في المعدة وانتفاخ في البطن وتضعف الشهية أو يحصل القيء مصحوبا بامساك أو اسهال وأما اعراض الانيميا فانها سريعة الظهور وربما اكتسبت سرعة الانيميا الخبيثة وانتهت بالهلاك في مسافة بعض اسابيع وهذا

هو

هو المسمى بالشكل الحاد

وأما الشكل المزمن المعتاد فتكون الانيميا فيه بطيئة السير وتستمر سنين عديدة وتنتهى بالهلاك اما من تقدم الكاشكسيا الانيماوية المعبر عنها ايضا بالكاشكسيا الديدانية او عقب المضاعفات العديدة التى تصيب المريض وخصوصا الدوسنتاريا والالتهاب الرئوى

واعراض الانيميا هنا تشبه عموم الانيميا كبهاتة الوجه والاغشية المخاطية والجلد وضعف القوى والنحول وسهولة العرق عند فعل المجهودات وعسر التنفس والخفقان والدوار وطنين الاذنين وضعف البصر والميل الى الاغما وضعف النبض وسرعته والنفخ القلبى والوداجى وتنوع الدم ونقص كرات الدموية وزيادة البول وميوعته واحتوائه على الزلال

ويزداد الاضطراب الهضمى والشهية ويتعاقب الاسهال مع الامساك ولا يوجد الدم فى البراز الا نادرا ويكون بمقدار قليل وبالبحث عن هذه المواد بالميكروسكوب يمكن استكشاف البيض فيها وبالنظر لتعداده يمكن الحكم بعدد الديدان المعوية ولاجل البحث الدقيق عن المواد البرازية يلزم أخذ مقدار معين منها نحو الجرام ويحل فى قليل من الماء ويعد البيض الموجود فى ذلك المقدار ومن النادر وجود الديدان مع البيض قبل استعمال الأدوية الطاردة له ومتى خرجت بعد تعاطى هذه الادوية تكون ميتة عادة وقد يصحبها بيض ديدان اخرى كبيض الديدان الخراطينية والشعرية الرأس والشريطية

والشفاء الذاتى نادر ولا أمل فيه عادة الا بعد طرد الديدان بالأدوية الخاصة والتحفظ من العدوى بعد ذلك ويشترط لتمام الشفا ان تحصل المعالجة قبل دور الكاشكسيا وأما اذا تقدمت الكاشكسيا الديدانية وحصلت الاستحالات الشحمية الدهنية فى الاحشاء فان المعالجة لاتفى وتحصل الارتشاحات الاوزيماوية والانسكابات المصلية وتهبط القوى ويزداد

عسر التنفس ويصير البول زلاليا أو مدمما ويصير المريض عرضة للمضاعفات الرئوية والاسهال والدوسنتاريا ويهلك في حالة نهوكة زائدة

(التشخيص) يستدل على وجود الانكلوستوم بالاصابة بالانيميا ومعيشة المريض في الشروط المساعدة على انتشار هذه الديدان ومتى حصلت الشبهة يجرى البحث عن المواد الثفلية واستكشاف البيض الذي يتميز بجزئه الباطن ومتى وجد البيض يعطى للمريض مقدار من الأدوية الطاردة للأنكلوستوم والبحث عنها في المواد الثقيلة وبهذه الطريقة لا يمكن التباس المرض بانواع الانيميا ولا بالكاشكسيات التي تشتبه باعراضه العامة

(الانذار) يكون الانذار حميدا اذا فعلت المعالجة اللائقة في ابتداء الأمر فأن القوى تعود مع الصحة بسرعة ولكن النكسات سهلة مع عدم مراعاة الشروط الصحية ومتى وصل المرض الى دور الكاشكسيا يصير الانذار خبيثا في اغلب الأحوال

(المعالجة) اقوى الادوية الطاردة للدودة الاثنى عشرية هي خلاصة الشرخس الذكر التي يلزم اعطائها بمقدار كاف (من ١٠ الى ١٥ جراما) ويؤخذ صباحا مع قليل من الكونياك ولأجل تدارك الغثيان والاغماء يلزم استراحة المريض في الفراش ويعطى له قهوة أو ليمونادا من عصير الليمون أو يعطى التيمول بمقدار من ٢ الى ١٠ جرامات بالتدريج اعنى على ثلاث مرات أو أربعة في اليوم ويلزم مراعاة الشروط المعتادة لطرد الديدان اعنى تحضير المريض قبل تعاطى الدواء واعطاء مسهل بعد تعاطيه لأجل خروج الديدان وتنظيف الامعاء وليس من النادر خروج مئات من الديدان مرة واحدة الى ١٢٥٠ (بيرونا) ولكن في بعض الأحوال يلزم تكرار الدواء مرتين أو أكثر على حسب النتيجة وبعد اعطاء الدواء يصفى بجميع المواد الثقيلة وغسلها في منخل من الشعر أو السلك الدقيق لأجل عدم ذهاب الديدان والتحقق من وجودها وعددها أو فقدها التام

وبعد

وبعد تخليص المريض من الديدان يبادر باستعمال الاغذية المقوية والمركبات الحديدية والادوية المرة لاجل تقويته ويحترز من التعرض لشرب وط العدوى فيما بعد

(الفصل السابع في امراض البريتون)

البريتون هو غلاف مصلى له ورقتان ورقة جدارية وورقة حشوية تتولد منها ثنيات عديدة اهمها المساريقا والثرب والاربطة المعدية والبريتون له ارتباطات وتعلقات قوية بالجلد والمشاء الخاطى والبلورا والتامور وغلاف الخصية وليس له ارتباط بالاغشية المفصلية ولا بالسحايا وهو مثل البلورا والتامور عرضة للالتهابات والانسكابات والدرن والسرطان وهو يشترك مثلها ولكن بدرجة اقل مع التهاب الاحشاء المغلف وهو مثلها ايضا في الاصابة بداء برايت ولكن يخالفها في ندرة الاصابة في الروماتيزم وعقب تأثير البرد

وامراض البريتون المهمة هي الالتهابات بانواعها (اى الحاد والمزمن والدرن والسرطاني والاستسقاء الزقي)

(المبحث الأول في الالتهاب البريتوني الحاد)

التهاب البريتون الحاد اما ان يكون منتشرا عاما أو جزئيا محدودا ويكون ذاتيا أو تابعيا

(الاسباب) الالتهاب الذاتي عقب تأثير البرد نادر جدا ويعقب غالبا الاسباب الجراحية كالجروح النافذة والرضوض والعمليات الجراحية متى اهمل في الاحتراسات المضادة للعفونة وأما الالتهاب البريتوني التابعي فانه يتعلق بالآفات الحشوية لاسيما الاحشاء الجوفية كالامعاء والمعدة والحوصلة المرارية والمثانة لأن التهاب هذه الاحشاء يكون عادة عرضا للالتهاب (الاعور والانسداد المعوي وتقرحات المعدة والامعاء وآفات الدوسنتاريا والحمى التيفودية ثم متى انثقبت الاحشاء المذكورة

وانسكب متحصلها فى البريتون يكتسب الالتهاب البريتوني عادة حدة قوية
ويكون مميتا كما يحصل فى انثقاب الامعاء والمعدة والمثانة والحوصلة الصفراوية
ومن الاسباب المهمة للالتهاب البريتوني الحالة النفاسية لان التهاب الرحم
ربما يصل الى البريتون بواسطة قناة فالوب او بواسطة نسيج نفس
الرحم او عقب التهاب الاوردة الرحمية وامتلائها بالميكروبات او الصديد
وكذلك البلينوراجيا والحمل خارج الرحم وانسكاب الدم من قناة فالوب
فى تجويف البريتون ربما يعقبه التهاب حاد ولذلك يلزم الاعتناء فى البحث
عن اعضاء التناسل عند المرأة فى الأحوال التى يكون سببها غير
متضح
واما الاحشاء الجوهرية كالكبد والطحال والمبيض والكلا فان التهابها
البسيط وضخامتها يتضاعف عادة بالتهاب بريتوني محدود بسيط بخلاف
خراجها واكياسها الديدانية فان انفجارها فى البريتون يوجب التهابه الحاد
الخطر
وقد يعقب الالتهاب الوريدي السري التهاب البريتون الحاد عند المولود
حديثا
وقد يشاهد الالتهاب البريتوني متعلقا بالامراض العامة كالامتصاص
الصديدي والحميات الطفحية وداء برايت ولكنه لا ينشأ من الروماتزم الا
فى احوال استثنائية
ويشاهد الالتهاب البريتوني فى جميع الاعمار واكثر حصوله بين سن
١٥ و ٤٠ ويصيب الاناث اكثر من الذكور
(التشريح المرضي) يتصف الالتهاب البريتوني الحاد المنتشر باوصاف
التهابات الاغشية المصلية كالبليورا والتامور ويكون شكلها إما
جافا ليفيا التصاقيا أو رطبا مصحوبا بانسكابات مصلية أو ليفية
صديدية أو نزفية وإنما تكون انواعه فى الغالب مشتركة وأقل وضوحا

وبينما

ويبتدئ الالتهاب باحمرار البريتون واحتقان الاوعية الشعرية تحته بدرجة غير مستوية ويكون الاحتقان في الغالب اكثر وضوحا بجوار المساريقا على هيئة خطين ممتدين بامتداد الامعاء على يمين المساريقا ويسارها ويمكن تفسير استعداد الاحتقان المذكور بأن الالتهاب البريتوني يوجب تمدد الامعاء وامتلاءها بالغازات وينشأ من ضغط عراها على بعضها تكون زوايا بقرب ارتباطها بالمساريقا يزداد فيها الاحتقان وضوحا ولذلك لا يشاهد هذا الاحتقان متى حصل انسكاب بريتوني بكمية كبيرة بحيث يعيق تمدد الامعاء (فالج)

وقد يتسبب من الاحتقان تمزق الأوعية الشعرية وانسكاب الدم تحت البريتون على هيئة نقط اكيموزية ثم يحصل ارتشاح ليفي أو قيحي على سطح البريتون ففي الحالة الأولى ينعقد الغشاء المصلي لمعانه ويصير كابيا ويتنفخ بشرته وتسقط وتنعقد الليفا على سطحه على هيئة أغشية كاذبة متخللة بكرات دموية بيضا وفي الحالة الثانية لا ينعقد الغشاء المصلي لمعانه ويصير ملمسه دسما ويهلك المريض في الغالب قبل تقدم الآفات زيادة عما ذكر

وقد يحصل ارتشاح مصلي قيحي تحت البريتون خصوصا في الثرب والمساريقا بحيث يمكن نزع البريتون بسهولة عن الاحشاء تحته ومتى تقدم الالتهاب ينشأ عنه انسكاب بريتوني عكر يحتوي على ندف ليفية وكرات بيضا أو قيحية وعلى حسب مقدار هذه الكرات يختلف لون السائل من اللون المصلي الى اللون اللبني والقيحي المعروف

ثم ان الارتشاح الليفي يوجب التصاق البريتون في النقط الملامسة كعرى الامعاء والمجاورات الحشوية وبالبحث الميكروسكوبي يرى ان سبب الالتصاق هو وجود الخلايا الدموية البيضا التي تتحول الى خلايا خلوية وبعد قليل تظهر فيها أوعية حديثة التكوين جدرها رخوة جدا بحيث

ليسهل تمزقها بالجذب والضغط الذى يطرأ عليها من الاعضاء المجاورة ويعقب ذلك انسكابات دموية يختلف مقدارها فى باطن البريتون

وقد يكون الالتصاق البريتونى عاما لتجويفه بحيث لا يمكن معه فتح البطن بل يوجب تشريح الاحشاء على انفرادها وانما يكون الالتصاق فى الغالب غير عام وغير تام بحيث يتيسر للاحشاء اتمام حركاتها ووظائفها واذا عاش الشخص مدة ربما يتمدد نسيج الالتصاق على هيئة لجم أو احبال مختلفة الطول ويصير المريض بسببها عرضة للاختناق المعوى

وفى الأحوال الجيدة تلين الارتشاحات والاغشية الليفية وتستحيل الى حالة الشحمية وتمتص وقد يعقب امتصاص الارتشاحات والانسكابات البريتونية وتلامس وريقات البريتون التحامها التام وتتغطى النقط الملتحمة ببعضها مع الزمن ويتسبب عن ذلك ثبات الاحشاء وتشوهها وقد ينعقد الانسكاب الصديدى على هيئة كتل جبنية فى وسط النسيج الليفى

ثم ان الانسكابات التى تنشأ من الالتهاب البريتونى الحاد لا تكون مصلية صرفا بل تكون مصلية ليفية أو مصلية قيحية أو تكون صديدية صرفا وربما بلغ مقدار الصديد فى بعض لترات وقد يكون الصديد منتنا محمرا كالشوكولاتا ورائحته نوشادرية نافذة ويكون محتويا على كثير من الميكروبات وهذا هو المشاهد بالأخص فى الالتهاب البريتونى النفاسى أو عقب انسكاب المواد الثقيلة فى البريتون والانسكاب الدموى يحصل اما من تمزق الأوعية الحديثة التكوين فى الالتهاب البريتونى الليفى او فى الالتهاب الدرنى والسرطانى أو فى الفورفورا والاسقربوط ومتى كان الانسكاب البريتونى قليل المقدار يجتمع فى الحوض الصغير وكلما زاد مقداره يصعد بغير انتظام فى تجويف البطن بالنظر لوجود الالتصاقات الحشوية التى تعيق تجمعه باستواء ولا ينتهى الانسكاب البريتونى بالامتصاص والشفاء الا فى أحوال استثنائية وبالعادة

أنه

انه يستحيل الى الحالة المزمنة أو يتوكل الاحشاء وينفتح فيها أو يتوكل الجلد وينصب فى الخارج

وأما الامعاء فانها تكون عادة منتفخة بالغازات ويكون غشاؤها المخاطى مستحمرا ومغطى بطبقة مخاطية قيحية وجدرها باهتة سميكة ومرتشحة بحيث يسهل نزع البريتون عنها

وتكون هيئة الجثة مخصوصة لاسيما عقب الالتهاب البريتونى الناشئ من انثقاب الاحشاء المجوفة فتكون السحنة هابطة والانف مدببا والاعين غائرة والبطن منتفخة ومتوترة واذا كانت الامعاء مثقوبة خرجت الغازات بصوت صفيرى عند فتح البطن وقد يتحدب الحجاب الحاجز حتى يصل الى الضلع الرابع أو الثالث فيضغط على الرئة ويحول القلب ومع ذلك فان الانتفاخ لا يكون دائما بهذه الدرجة وأما عضلات جدر البطن وسطح الاحشاء الجوهرية فانها تكون باهتة كأنها منقوعة

وأما الالتهاب البريتونى المحدود فانه يشاهد عادة فى الحفرة الحرقفية أو حول الرحم ويكون نادرا فى القسم الشراسيفى والمراقين ويحدث من التهاب الاحشاء المجاورة أو انثقابها وانسكاب موادها فى تجويف البريتون ولانحصار الالتهاب فى موضعه على هيئة بورة صديدية تنفتح اما فى الاحشاء كالامعاء والمثانة والمهبل او فى الجلد فى حذاء البورة أو بعيدا عنها فتكون نواسير مستطيلة فى جدر البطن او فى الاربية أو الفخذ

(الاعراض) اعراض الالتهاب البريتونى الحاد المنتشر تختلف باختلاف الاسباب والشروط الشخصية وتكون الاعراض فى العادة حادة جدا عقب الجروح النافذة وانثقاب الاحشاء المجوفة وانسكاب موادها فى البطن فيحصل الم شديد مسبوق فى الغالب بقشعريرة ويكون الألم فى الابتداء محدودا ثم ينتشر بسرعة على عموم البطن ويصل الى درجة لا تطاق ويصير محرقا أو ممزقا يثور بأدنى حركة يفعلها المريض ويشتد حتى

السعال والعطاس والفواق والقيء والتغوط والبول وحركات التنفس وحدها تزيده فحدة ولذلك يجتهد المريض فى تثبيت الجذع والحجاب الحاجز ويتنفس بالجزء العلوى من الصدر فتصير حركات تنفسه قصيرة متواترة ربما وصلت الى ٥٠ فى الدقيقة ويخشى ملامسة الملابس والفراش لجدر البطن ولا يحتمل وضع اليد عليها ولو بخفة ويرجع رقاده على ظهره وثنى ركبتيه لكى تسترخى جدر البطن وترتفع درجة الحرارة جدا وتصل الى درجة ٤٠ وما فوقها بدون فوق فى الصباح تقريبا ومع ذلك فقد تنخفض الحرارة فى الابتداء كما بينا هذا ذلك فى انثقاب الامعاء عند المصابين بالحمى التيفودية ويصحب انخفاض الحرارة برودة فى الاطراف وأما النبض فانه يصير متواترا بحيث يبلغ نحو ١٠٠ الى ١٥٠ فى الدقيقة ويكون فى الابتداء صغيرا دقيقا شعريا متوترا ومتركزا ثم بعد ذلك يصير ضعيفا وقابلا للضغط غير منتظم خيطيا لا يكاد يحس به

وفى زمن يسير تنتفخ البطن وتتوتر جدرها وتتصلب بادنى ملامسة بسبب انقباض عضلاتها وتعد هذه الظاهرة من العلامات المهمة فى التشخيص وينسب انتفاخ البطن الى تمدد الامعاء بالغازات وشلل جدرها وتختلف درجة صوت القرع باختلاف درجة الانتفاخ فاذا كان الانتفاخ غير مفرط يكون الصوت رنانا طبليا واذا كان الانتفاخ مفرطا يكون الصوت رنانا أصما لتوتر جدر البطن وقلة اهتزازها بالقرع وقد يحس فى الحس بصوت احتكاك بريتونى يشبه الفرقعة الخفيفة أول من شرحه (بيتى وبريت) ويمكن سماعه بدرجة واضحة بالمسماع او بالاذن وحدها ويمكن تشبيهه بالاحتكاك البليوراوى

وكلما تزايد انتفاخ البطن يضغط على الحجاب الحاجز ويدفعه فى تجويف الصدر . ويوجب ضغط الاحشاء الصدرية وتحولها واضطراب وظائفها بدرجة مختلفة

ومتى حصل الانسكاب البريتونى بدرجة كافية يحس بالاصمية فى الجهات المنحدرة وقد يصحبها تموج واضح او قليل الوضوح وزيادة الانسكاب تعلن عادة باستقال الالتهاب الى الحالة المزمنة

و يصحب انتفاخ البطن والمغص قىء متكرر يكون ابتداؤه من مواد مخاطية ثم يصير صفراويا كالحشيش أو الزنجار الاخضر ومتى تقدم المرض يمكن مشاهدة القىء الشبيه بالمواد الثفلية الذى ينسب الى الشلل لجدر المعوية ومتى قرب الموت يقف القىء ويحل محله فواق متعب ويصحب القىء امساك مستمر الا أنه يمكن صرفه بالمسهلات والحقن الملينة وينسب ذلك الامساك الى شلل الطبقة العضلية للامعاء وأما البول فيكون متحددا زهيرا بسبب تأثير الالتهاب البريتونى على الطبقة العضلية للمثانة ويكون البول محمرا متركزا زلاليا يحتوى فى الغالب على النيلة والفينول (جافيه) التى تأتى من الامعاء وقد سبق القول على تولدها عند الكلام على الانسداد المعوى

ويكون اللسان عريضا مبيضا وسخا ولكن متى تكرر القىء يصير محمرا جافا وضيقا كأنه ضامر متشقق وتنقبض تقاطيع الوجه وترتسم على السحنة هيئة التألم والضجر ويتدبب الانف وتبرز الوجنتان وتغور العينان فى الحجاج وتحاط بهالة مزرقة ويحصل هبوط وانحطاط فى القوى وتبرد الأطراف ويشتد الفواق ويضطرب التنفس ويدق النبض ويضعف الصوت أو ينطفئ ويهلك المريض فى اليوم الثانى أو الثالث أو الرابع وربما هلك فى مسافة بعض ساعات أو ينتقل الالتهاب الى الحالة المزمنة وأما القوى العقلية فأنها تبقى محفوظة عادة الى آخر رمق الحياة أو يسبق الموت حالة هذيان خفيف والشفا نادر جدا

وتتنوع الاعراض قليلا بتنوع السبب ففى الالتهاب البريتونى النفاسى المنتشر مثلا تبتدئ الاعراض من اليوم الثانى الى الخامس بعد الوضع ولا تصاب به المرأة بعد مضى الاسبوعين ويصحب الأعراض فى الغالب

قشعريرة متكررة واسهال زحيرى واستفاخ زائد فى البطن وتهلك المرأة بسرعة ولا يكاد يؤمل الشفا

ولا يحصل القيح أولا يمكن فى الالتهاب البريتونى المنتشر الناشئ من تمزق المعدة وذلك بسبب تفريغ المعدة فى البريتون وفى تمزق الأمعاء تنسكب الغازات مع المواد الثفليه وتجمع الغازات فى الجهات المرتفعة بحيث يتنوع مجلسها بتنوع أوضاع المريض وتهبط الامعا عادة تحت الغازات فلا تسمع القراقر المعوية ولا الاحتكاك البريتونى ويستحس بالبقالة البتراطية وقد يستشعر المريض بالتمزق الحشوى وقت حصوله وتحصل الاعراض بالحدة التى سبق شرحها أو يكون المريض مصابا من قبل بالحمى التيفودية أو الدرن أو الدوسنتاريا بدرجة متقدمة وجسمه فى حالة ضعف وانحطاط زائدين فتظهر عنده الاعراض البريتونيه قليلة الحدة ويكون الالم والقيئ والفواق خفيفا وقد تنخفض الحرارة بوقتها وتنتفخ البطن بقوة ويعد ذلك من العلامات المهمة فى التشخيص ويسرع النبض جدا ويدق وتبرد الاطراف وتتغطى بعرق بارد لزج ويهلك المريض عاجلا

وهناك شكل من الالتهاب البريتونى شرحه المعلم جوبلير يتصف باعراض بريتونية خفيفة تنتهى بالموت بسرعة وبالنظر لخفة الأعراض الالتهابية جدا يعبر عنه بالحالة البريتونية وينسب الموت فيها للاصابة الأعصاب السمباتوية للبطن

وأما الالتهاب البريتونى الجزئى اعنى المحدود فأنه يكون فى الغالب حول الرحم أو حول الاعور واعراضه اقل حدة وخطرا منها فى الالتهاب المنتشر وينتهى غالبا بالتقيح ويكون خراج حول الرحم أو فى الحفرة الحرقفية فينتهى بان ينفتح فى الاحشاء المجاورة أو على سطح الجلد وبالجس البطنى والمهبلى والمستقيمى ربما يتعين مجلس الالتهاب فى النقطة المذكورة

(التشخيص)

(التشخيص) الالتهاب البريتوني الحاد تشخيصه في المادة سهل باعتبار هيئة المريض والألم والاعراض البريتونية ولا يلتبس بالأمراض التي تطرأ مثله فجأة عند المتمتعين بظواهر الصحة التامة التي تتضاعف بالقيء والألم كأنواع المغص المعدي والمعوي والكبدي والكلوي والزحلي والاستيري ولكن انواع المغص المذكورة لا تصحبها حركة حمية وبعضها يتلطف أو يستريح بالضغط وباعتبار مجلسها والاعراض الخاصة بكل منها وبسوابق المريض يتوصل الى التشخيص

وأما انسداد الأمعاء فانه يتميز عن الالتهاب البريتوني بالاحتباس المطلق للأمعاء وعدم خروج الغازات بالكلية ولكن نفس الاحتباس كثيرا ما يتضاعف بالتهاب البريتون

ومتى تعين التشخيص يلزم البحث عن سبب الالتهاب البريتوني لما في ذلك من الأهمية في الانذار والمعالجة ويسهل تعيين السبب اذا كان واضحا وانما يتعذر اذا كان كامنا كما يشاهد ذلك مثلا في قرحة المعدة أو الاثنى عشري وانوريزما الاورطى البطنية أو يكون الحكم صعبا بالنظر لوجود المريض في حالة ضعفية متقدمة مدة سير الحمى التيفوديه أو داء ريات مثلا

(الانذار) الانذار على العموم خطر وخطره أكبر من خطر الالتهاب المبليوراوي والتاموري وفي درجة الالتهاب السحائي والالتهاب النفاسي المنتشر والذي يعقب تمزق الأمعاء اشد خطرا من غيره وكذلك الالتهاب الثقبي خطر جدا وبالجملة فان الحالة الضعفية وشدة تواتر النبض ودقته والفواق معلنة بقرب الوفاة

(المعالجة) تتنوع المعالجة بتنوع الشروط الشخصية والاسباب وعلى العموم يلزم استراحة المريض في الفراش على ظهره بوضع ثابت وتثنى ركبتاه وتوضع الوسادات تحت المابضين لأجل استناد فخذيه ولا

يصرح له الا بالاغذية السائلة كاللبن والمرق وماء النبيذ المخفف واذا كان العطش شديدا يخفف بمص قطع صغيرة من الجليد وتوضع على البطن لبخة ساخنة تغير كلما بردت ويعطى من الباطن خلاصة الافيون بمقدار ٠٫٠٢ أو ٠٫٠٣ سنتجرام مرة في كل ساعتين ومن المشاهد أن المرضى هنا حتى الاطفال يحتملون الافيون بدرجة خارقة للعادة فلا يخشى من تعاطيه الا اذا ابتدأت الحدقتان في الانقباض فانها هي العلامة الدالة على بلوغ التخدير حده فيلزم حينئذ تنقيص مقدار الافيون تدريجا لا ايقافه

والغرض المقصود من الافيون تسكين المغص وتخفيف حركات الامعاء ولذلك لا تلزم معالجة الامساك ولو استمر ثلاثة ايام فاذا زاد عن ذلك تفعل حقنة ملينة

ولا يلزم فصد المريض ولا استعمال المركبات الزيبقية كالمرهم الزيبقي والزيبق الحلو خشية حصول ضعف في مقاومة المريض وهذا قول ويوصى بعضهم اذا اقتضى الحال بارسال العلق من ٨ الى ١٢ علقة لاجل تلطيف الألم ويمكن تسكينه بسرعة والقئ والفواق المتسبب بالحقن المورفينية أو بالكلوروفورم

واذا كان الانتفاخ البطني مفرطا توضع على البطن مروخ ترمنتينية فتؤخذ قطعة فانيلا وتبل بالماء الساخن وتعصر جيدا ويرش عليها روح الترمنتينا وتوضع على البطن أو يدخل في المستقيم مجس طويل يصير توصيله الى الأمعاء الغليظة ولكن حصول النتيجة بفائدة من هذا العمل ليس دائما وبعضهم يوصى ببط الامعاء بآلة بازلة شعرية ولا يخلو ذلك من الخطر والا صوب وضع مكمدات جليدية أو مثانة ممتلئة بالجليد على البطن أو فعل حقن جليدية أو ترمنتينية في المستقيم وتعطى الجواهر المطهرة للحمى ضدها كالانتيفبرين (٠٫٥٠ الى ١ جرام في الساعة) والتالين

والتاليين (٥٢ر. سنتيم كل ساعتين) حتى تنصرف الحمى والاحسن من ذلك الانتهيدرين بمقدار ٣ الى ٥ جم من الباطن فى اليوم أو يعمل حقنا تحت الجلد بمقدار ٥٢ر. سنتيم فى كل ربع أو نصف ساعة حتى تنصرف الحمى

وبالجملة فتلزم مراعاة السبب بالدقة فاذا كان السبب هو انثقاب المعدة فيقتضى الحرمان المطلق أو لا يصرح له الا بملعقة صغيرة أو ملعقتين من المرق مع الافيون وبعض قطع صغيرة من الثلج لأجل تسكين العطش وبعد مضى يومين أو ثلاثة يكون تعاطى المرق كل ثلاث ساعات مرة بالملعقة الكبيرة ولأجل تغذية المريض تفعل له حقن مغذية فى المستقيم وهذه الحقن تساعد ايضا على اطفاء العطش ودفع الامساك ولا يصرح للمريض بزيادة تعاطى الأمراق الا بعد مضى اسبوع بالأقل ويحترس بعدها مدة كافية فى التدبير الغذائى

وأما اذا كان السبب هو انثقاب الزائدة الدودية فيلزم تجنب المسهلات والحقن المسهلة مطلقا ولو استمر الامساك عدة ايام وتراعى بقية الشروط العلاجية السابقة

واذا وصل الالتهاب الى درجة الخطر وكانت البطن منتفخة جدا والنبض متواترا دقيقا والحالة الضعفية ظاهرة بحيث لا ترجى حياة المريض يمكن الالتجاء الى العملية الجراحية التى يقصد منها فتح البطن وغسل التجويف البريتونى ومعاملته بالأدوية المضادة للعفونة وهذه العملية وان كانت فى حد ذاتها خطرة الا انها نجحت فى بعض الأحيان خصوصا اذا كان الالتهاب ذاتيا أو عفنا ومصحوبا بانسكاب صديدى

(المبحث الثانى فى الالتهاب البريتونى المزمن)

الالتهاب البريتونى المزمن البسيط يعقب الالتهاب البريتونى الحاد أو يكون مزمنا من أول الأمر أو يكون تابعا لالتهاب الاحشاء تحته كالكبد والأعور والرحم أو يكون متعلقا بمرض عام كالنقرس

والاسقربوط وداء برايت ومن اسبابه ايضا التسمم الزحلي وافات القلب
ويكون في الغالب مضاعفا بالدرن او السرطان
ويتصف الالتهاب البريتوني المزمن بكثافة البريتون وتكدر لونه او عتامته
بسبب تشربه بالسوائل وقد يكتسب لونا مسودا اردوازيا بسبب تشربه
بالدم لاسيما في حذاء الامعاء ويكون في تجويفه سائل مصفر او مسمر داكن
مدمم ويكون السائل رائقا او محتويا على ندف زلالية او كرات لنفاوية
او قيحية وتكون الصديد بسبب لحدة الالتهاب الأصلي او الطارئ على
الحالة المزمنة عقب البط مثلا وقد يكون الانسكاب البريتوني مصليا
صرفا بيسر تمييزه عن الاستسقا
ويصحب الانسكابات البريتونية التصاق البريتون بالأحشا
تحته او التصاق الاحشاء بالجدر البطنية والحجاب الحاجز
بحيث ينسد تجويف البطن بالكلية وقد يقتصر الالتصاق
على العرى المعوية فتنضم الى بعضها على هيئة ورم خلف
السرة وتكون هذه الالتصاقات قوية غير قابلة لنزع
البريتون او خفيفة يمكن معها نزع البريتون بسهولة وتكون
على سطح البريتون في الغالب اغشية كاذبة سميكة وقد
تكون الانسكابات بين البريتون والاحشاء تحته او في
سمك الاغشية الكاذبة وقد يحصل في هذه الأغشية
انكماش وينشأ من ذلك تشوه الثرب وجمعه بقرب المعدة
على هيئة ورم وتتشوه المساريقا وتقصر حتى تصير اقل
من قيراطين فتعيق حركات الامعاء ويحصل فيها انكماش
فينقص طولها وربما وصل الى بعض اقدام فقط وتضيق
قطرها حتى لا يمكن ادخال الابهام فيها ويتسبب من
ذلك اثناء غشائها المخاطي على هيئة صمامات عريضه

وتضمر

وتضمر طبقتها العضلية بخلاف الطبقة العضلية للمعدة فإنها في الغالب تصير ضخمة أو متيبسة كالكارتشوك وتكون الاعراض في الالتهاب البريتوني المزمن خفيفة عادة فيحس المريض ببعض تألم في البطن وحركة حمية قليلة الوضوح مالم يتقيم الانسكاب والبعض يشتكي بالاحساس بتوتر وانجذاب في الاحشا عند فعل المجهودات وصعود السلم والبعض يتعب اذا استلقى على ظهره ومع ذلك فأغلب المرضى يمكنه تأدية اشغاله إلى لا يحتاج فيها الى مجهود كبير وربما امتد عمره بهذه الحالة مع اضطراب مستمر في الهضم ونحافة متقدمة وجفاف في الجلد وبهاتة في اللون وكرمشة زائدة وقد يحس بتكور الاحشاء في البطن اذا حصل تشوه حشوي بحيث يلتبس بالأورام

وحيث أن الالتهاب البريتوني المزمن تتعلق غالبا بالدرن والسرطان فلنذكر بقية الاوصاف المهمة والتشخيص والانذار والمعالجة مع شرح درن البريتون وسرطانه لأجل عدم التكرار فنقول

(المبحث الثالث في الدرن البريتوني او الالتهاب البريتوني الدرني)

(التشريح المرضي) الدرن البريتوني اما ان يكون منتشرا عاما أو جزئيا محدودا

اما الدرن المنتشر فانه يكون على هيئة حبيبات أو ارتشاحات درنية متفرقة على سطح البريتون بدرجات مختلفة فتكون كثيرة في بعض النقط ونادرة في نقط اخرى وتكون كثرتها في الغالب في حذاء الحجاب الحاجز

والخاصرتين وتدرن الثرب يوجب انكماشه تحت المعدة وامام القولون على هيئة كتلة مفرطحة سميكة ربما تصل الى ثلاثة قراريط وتستعمر بها الى على هيئة ورم بجوار السرة وتدرن سطح الامعاء يوجب التصاق العرى ببعضها غالبا فتكون كتلة واحدة وتضيق الامعاء فيضيق قطرها ويقصر طولها وقد تتقرح الامعاء فى حذاء التصاق عراها فتتصل العرى ببعضها أى ينسكب متحصلها فى تجويف البريتون ويحصل التهاب المحصاد ولكن التصاق وريقتى البريتون والتحام جدر البطن بالثرب والامعاء يوجبان حصر الانسكاب المعوى فى تجويف صغير وفى هذه الحالة ربما يحصل خراج محدود يؤثر صديده على الاحشاء المجاورة ويوجب تقرحها وانثقابها وتفرغ الصديد فيها أو يؤثر الصديد على جدر البطن ويتفرغ على سطح الجلد فى حذاء الخراج أو بعيدا عنه فى طريق ناسورى

وقد يصحب درن البريتون انسكابات قليلة المقدار من مصل عكر ندفى او صديدى تجتمع فى الحال المحدودة أو تنحصر فى الالتصاقات البريتونية فى تجاويف محدودة بهيئة الاكياس أو الخراجات أو تجف على هيئة كتلة جبنية وقد يكون الانسكاب دمويا ويشاهد ذلك بالاكثر متى تكونت الاغشية الكاذبة على سطح البريتون وتمزقت أوعيتها الحديثة التكوين وقد تكتسب الحبيبات الدرنية حجم الحمصة أو البندقة أو اللوزة خصوصا عند الاطفال بسبب تجمعها وانضمامها الى بعضها

ويصحب الدرن البريتونى عادة احتقان الاوعية والعقد اللنفاوية المساريقية وتدرنها وقد يتسبب عنها ضغط الوريد الاجوف وارتشاح الاطراف السفلى

ويصاحب الدرن البريتونى او يسبقه تدرن بعض الاحشاء البطنية كالكبد والطحال والمثانة وبوق فالوب والرحم عند المرأة والبربخ والخصية عند الرجل وتكون الرئتان فى الغالب محتويتين على درن حديث

أو قديم

او قدم وكذلك المليونا والتامور
وأما الدرن البريتونى المحدود فانه يكون فى العادة تابعيا لاصابة الأحشاء الاخرى ويشاهد ذلك خصوصا فى درن الامعاء فى حذاء المنقط الصماء وفى درن بوق فالوب والرباط العريض والرحم

(الاسباب) الدرن البريتونى اما ان يكون اصليا أو تابعيا لتدرن فى الاحشاء تحته ويشاهد الدرن البريتونى عند الأطفال بين ٦ و ١٠ سنين وعند الشبان وبالاكثر العساكر منهم والكهول ونادر عند الشيوخ ويصيب الاناث اقل من الذكور ومما يهيئ له التعب والأسية الحجية والبرد الرطب والاغذية الغير الكافية والافراط فى الكوليات وتعاطى الاغذية المحتوية على الباسيل الدرنى كلحوم الحيوانات المريضة والبانها وقد يتعلق الدرن البريتونى بالتدرن العام ولايصيب المصابين بالسل المتقدم الانادرا والغالب انه يصيب الاشخاص قبل ظهور السل عندهم أو فى ابتدائه

(الاعراض) اعراض الالتهاب البريتونى الدرنى المحدود التابعى لتدرن الامعا أو بوق فالوب مثلا تتعلق بالمرض الاصلى فلا تحتاج الى شرح مخصوص

وأما الالتهاب البريتونى الدرنى المنتشر فأنه لايكون حادا الا فى أحوال استثنائية ويكون فى العادة تحت حاد أو مزمنا واعراضه قليلة الوضوح او كامنة فيشتكى المريض بتألم فى البطن يصحبه فى الغالب اسهال وفى النادر امساك وتنتفخ البطن بالغازات أو تنقبض وعند الجس تتألم بالضغط وتكون جدرها ساخنة أو متعجنة خصوصا اذا احتوى البريتون على بعض الانسكابات وقد يحس بالتموج خصوصا فى الحال المختلفة أو يحس بورم رخو أو متيبس فى حذاء الامعاء الدقيقة وبجوار السرة وقد يكون الانسكاب منحصرا ومتكيسا فلا

يتنوع بتنوع اوضاع المريض وقد يكون معه ابتكون اغشية كاذبة رخوة يسمع لها احتكاك واضح وقد يتفرغ الانسكاب على جدر البطن بجوار السرة وعلى هيئة ناسور ويصحب التدرن البريتوني هزال ونحول عام واضطراب في الهضم وفقد للشهية وقيء واسهال ومتى تقدم المرض تظهر حمى الدق والكاشيكسيا التدرنية التي تتضح اذا تضاعف التدرن البريتوني بالسل الرئوي

وعند الاطفال يشاهد انتفاخ البطن وربانيتها المصحوبة باصمية محدودة ببعض المحال او الاحساس فيها بالعقد والاورام الدرنية ولا يسكن الطفل عن الصياط والنياص ويصير صدره ضامرا وجلده رقيقا واطرافه دقيقة وتقاطيعه عابسة وسحنته بقراطية واجتماع هذه العلامات مهم في التشخيص

النياص كلمة عرفية مستعملة

(السير والانذار) سير التدرن البريتوني في العادة بطيء مزمن مع بعض ثوران تحت حاد وتختلف مدته من ستة اشهر الى ثمانية وقد تمتد الى سنتين وتضاعفه بالسل يوجب سرعة الوفاة وقد يهلك المريض عقب ضيق الامعاء أو انسدادها والشفاء نادر جدا وقد يحصل اذا كان التدرن محدودا أو مقتصرا على البريتون ولم تصب الرئتان

(التشخيص) يصعب التشخيص في ابتداء التدرن البريتوني ويمكن الاستدلال عليه اذا تقدم المرض باعتبار العلامات الموضعية خصوصا هيئة البطن والانسكابات المتكيسة والاحساس بالترب على هيئة ورم مستعرض بجوار السرة لا يلتبس باصمية الكبد المتمدد لان ورم الترب تعلوه رنانية في القسم الشراسيفي وقد يكون الجلد حول السرة رقيقا محمرا أو فيه ناسور يمكن البحث عن المواد السائلة منه واستكشاف الباسيل فيها واعتبار الاعراض العامة والمضاعفات الدرنية في البليورا والتامور أو الاعضاء التناسلية عند المرأة وظهور علامات السل الرئوي يساعد على التشخيص

وبالجملة

وبالجملة فلا يلتبس الدرن البريتوني بسيروز الكبد ولا باكياس المبيض ولا بالسرطان البريتوني

(المعالجة) البعض يوصي باستعمال الدلكات الزيبقية على البطن عند الاطفال (فاج) أو باستعمال المحولات على البطن ويعطى من الباطن زيت السمك أو يودور الحديد وعلى كل حال ميتحق في المعالجة المرضية فتسكن الآلام بالمركبات الافيونية أو بحقن المورفين أو الانتيبرين ويعالج القيء والأسهال والانسكاب البريتوني بما يوافق

وفي الازمنة الاخيرة اهتدى الجراح سبنسر ويلز تتكون العمليات الجراحية وفتح التجويف البطني وغسله والغيار عليه بالانابيب المرنة (داربن) ويشوهد نجاح هذه العمليات غير مرة وخصوصا اذا كان الدرن البريتوني جزئيا أو محدودا

(المبحث الرابع في سرطان البريتون أو الالتهاب البريتوني السرطاني)

(الاسباب) سرطان البريتون اما ان يكون أصليا أو تابعا لسرطان الاحشاء تحته لاسيما المعدة والرحم والمستقيم والبنكرياس والامعاء والمسالك الصفراوية والذي يبتدئ غالبا بالثرب ويصيب الاناث أكثر من الذكور ويندر جدا قبل سن الثلاثين وأكثر حصوله بين سن الخمسين والستين فصاعدا

(التشريح المرضي) يمكن مشاهدة جميع انواع السرطان في البريتون كالاسكيرس والنخاعي والهلامي والحلمي وقد يكون السرطان منتشرا في عموم البريتون على هيئة ارتشاحات او درنات أو اورام عديدة متفرقة أو مجتمعة سطحها منبعج سرعي يجذب نحوها الحشاء المصلي المجاور لها وتنشأ من ذلك تشوهات مختلفة في الاحشاء المجوفة وانكماش في الثرب شبيه بالانكماش الدرني وتكثر الدرنات السرطانية بالاخص في الثرب وفي حذاء الحجاب الحاجز والخاصرتين (موكسون) وقد يكتسب السرطان الهلامي امتدادا عظيما جدا بحيث يعم سطح البريتون والثرب والمساريقا ويتسبب عنه عدد البطن

واكتسابها هيئة الاكياس البيضية او الاستسقاء الزقي

وأما السرطان التابعي لاصابات الاحشاء فأنه يمتد الى البريتون المغلف له ثم (١) اصيبت حافة الثرب السفلى التي كانت واصلة اليه ومماسة له ومتى اصيب البريتون بالسرطان في نقطة يمتد الاصابة وتنتشر بواسطة الاوعية اللنفاوية والاوردة

ويتميز سرطان البريتون بكثرة الياف الخلية ويندرة العناصر البشرية والنسيج الخلائي (ويلكس موكسوت)

(الاعراض والتشخيص) يحدث من السرطان التهاب بريتوني تختلف حدته باختلاف الاحوال واهم اعراضه حصول انسكاب بريتوني رائق او مدمم وربما يستشعر بالاورام الناشئة من تكور الثرب او يحس بتيبس في الجلد حول السرة والتصاقه بالاحشاء تحته التصاقا تاما بحيث لا يمكن تحريكه وقد يحصل ضيق في الامعاء وتشاهد علاماته او علامات الانسداد المعوي

وفي السرطان الهلامي ربما تمدد البطن وتصير رخوة شبيهة بالاستسقاء الزقي انما لا يحصل فيها التموج بايضاح

واذا انفجر في البريتون سرطان حشوي كسرطان المعدة والرحم فانه يحصل التهاب بريتوني حاد خطر

ويتميز سرطان البريتون من درنه باوصاف الكاشكسيا السرطانية ولون الجلد التبني الباهت وايضا انتفاخ العقد اللنفاوية في الاربية وشدة الآلام البطنية والانسكاب البريتوني الدمم يكون في السرطان اكثر وضوحا منه في الدرن

ومن المعلوم ان انذار السرطان خبيث والمعالجة فيه عرضية صرفة

(المبحث الخامس في الاستسقاء الزقي)

المقصود بالاستسقاء الزقي ارتشاح السائل المصلي وتجمعه في تجويف البريتون

(الأسباب)

(١) في حذاء النقطة المصابة ثم يصيب البريتون في النقطة الملامسة للنقطة المصابة وربما اصيبت بالسرطان حينئذ بدون حصول التهاب التصاقي مثلا في سرطان الرحم شوهدت اصابة البريتون

(الاسباب) الاستسقاء الزقى اما ان يكون اصليا أو تابعيا والأصلى نادر جدا وانكره بعض المؤلفين وينسبه البعض الى تأثير البرد والرطوبة والافراط فى المسهلات أو للمشروبات الروحية وأما الاستسقاء الزقى التابعى فهو الاكثر حصولا وتنحصر اسبابه المهمة فى ثلاثة انواع وهى الآفات الموضعية واعاقة الدورة والامراض الدسكرازية

أما الآفات الموضعية فمنها التهاب البريتون الحاد والمزمن والدرنى والسرطانى بانواعه

وأما اعاقة الدورة فهى اما ان تكون متعلقة بسبب موضعى فى البطن أو متعلقة بآفة فى نفس القلب أما اعاقة الدورة الموضعية فمجلسها المعتاد فى الكبد والوريد الباب كسيروز الكبد والتهاب الوريد الباب وضغطه أو انسداده وفى مجاورة الأورام المختلفة سواء كان مجلسها فى الكبد أو فى البريتون كالأورام السرطانية والزهرية والديدانية ونحوها وربما تسبب عن هذه الاورام ايضا ضغط الوريد الكبدى فى فوهته أو ضغط الوريد الاجوف فوق تفرع الوريد الكبدى ويعقب هذه الأسباب كلها اعاقة الدورة الوريدية فى البطن وارتشاح المصل فى تجويف البريتون بدرجات مختلفة ومتى كان السبب آفة فى الكبد والوريد الباب فان الاستسقاء يكون مقتصرا على البطن ولا ترتشح الاطراف السفلى الافيما بعد كما سبق شرحه عند الكلام على سيروز الكبد وأما اذا كانت اعاقة الدورة متعلقة بآفة فى القلب فمجلسها عادة فى القلب الايمن اوصماماته وحينئذ تعم فروع الاجوفين العلوى والسفلى ويبتدئ الارتشاح بالاطراف ثم يحصل فى البريتون والبليورا والتامور بدرجات مختلفة

وأما الامراض الدسكرازية فاهمها الكاشكسيات السرطانية والزهرية والدرنية والآجامية وداء برايت وفقر الدم اوفقد سيواتله المفرط كما يشاهد ذلك فى الاسهال المزمن والدوسنتاريا والنزيف المزمن المتكرر

والتقيح المستطيل والانيميا المتقدمة والخلوروز والامراض المنهكة كالحمى التيفودية والكوليرا والعنورفوديا والاسقربوط وفى جميع هذه الأحوال لا يقتصر الانسكاب للصلى على البريتون بل يصيب الاعضاء الأخرى وهو ينشأ من اضطراب الدورة وتغذية الجدر الوعائية فى آن واحد والاستسقاء الزقى يحصل فى جميع الاعمار حتى عند الاطفال والمولودين حديثا وانما يشاهد بالاكثر بين سن ١٥ و٤٠ سنة

(التشريح المرضى) يختلف مقدار السائل فى البريتون من بعض ليترات الى ٢٠ أو ٣٠ واوصافه تشبه أوصاف الانسكابات المصلية فيكون فى العادة مائعا شفافا رائقا أو مصفرا ليمونيا لا تزيد كثافته عن ١٠٠٤ الى ١٠١٤ وقد يكون ملمسه ناعما غرويا وهو يحتوى على مقدار قليل من الزلال ولذلك لا يحصل من ضربه الابيض فقاعات رغوية خفيفة ويزداد مقدار الزلال اذا تعلق الاستسقا بالالتهاب البريتونى البسيط وأما اذا كان متعلقا بالسرطان والدرن كما اذا تجدد بعد البذل فانه ربما يتلون بلون محمر او دموى غامق وقد يشاهد فيه بعض ندف متكونة من الخلويا البشرية المستحيلة وبعض كرات دموية حمراء وبيضاء ومفعوله فى العادة قلوى وقد يكون متعادلا أو حمضيا

وقد يكون الانسكاب البريتونى دسما أو كيلوسيا فالدسم يصحب عادة سرطان البريتون ويتصف بوجود الكرات الدسمة فيه بمقدار زائد ومفعوله القلوى ووزنه النوعى الذى قد يبلغ ١٠٢٤ والانسكاب الكيلوسى او اللبنى يتصف بوجود الكيلوس فيه بمقدار وافر وبلونه المبيض وقد يصل وزنه النوعى الى ١٠٢٤ كالانسكاب الدسم وانما يتميز عنه بكونه ينعقد على هيئة جلط مبيضة متى تعرض للهواء بخلاف الانسكاب الدسم فانه غير قابل للانعقاد ولو تعرض للهواء عدة ايام

وبالبحث عن البريتون يوجد سطحه كابيا فاقدا للمعانه وقد يكون فى بعض

النقط

النقط متكاثفا أو جيبيا ويوجد السائل عادة عاما لتجويفه وغير متكيس
واذا كان مقدار السائل غزيرا واستمر مدة فأنه يضغط على الاعضاء البطنية
ويوجب ضمورها ويرتشح سطحها بالنتح وقد يمتد النتح الى عضلات جدر
البطن

(الاعراض) الانسكابات القليلة المقدار لا تتسبب عنها اعراض واضحة
واذا وصل مقدارها الى نصف ليتر او ليتر أو اكثر تأخذ الاعراض في
الظهور وتتضح كلما زاد الانسكاب فيستشعر المريض بامتلاء بطنه وتمددها
وصعوبة التنفس واضطراب الهضم وفقد الشهية والامساك بسبب
ضغط السائل على الحجاب الحاجز والقناة الهضمية ومتى كثر السائل
يحصل الفواق أو القيء أو الاسهال ويضطرب النوم أو يحصل ارق مستمر
ويتكرر التبول بسبب ضغط المثانة وربما صار البول زلاليا ويخف
الجسم ويجف ويكبر البطن

وكلما تمددت البطن تندفع الى الأمام وينحني الجزء العلوي من الجذع الى الخلف
كهيئة المرأة الحامل واذا استلقى المريض على ظهره تنبطط البطن وتتمدد
الخاصرتان كبطن الضفدعة ويصير الجلد لماعا فاقدا للثنيات ومتوترا
بحيث يعسر اخذ ثنية منه بين الاصابع ويرق في الغالب بسبب فقد طبقته
الشحمية ومتى زاد الانسكاب تظهر فيه تشجرات بنفسجية او وردية شبيهة
بتشجرات الحمل ويحدث مثلها من تمزق الادمة وربما حصل فوق في بعض
النقط وقد يكون الجلد اوذيما وما لاسيما اذا كانت الاطراف مرتشحة وقد
يصاب الجلد بالاريتما والحمرة أو يتشقق وينضح منه سائل مصلي وقد
ترتسم فيه الاوردة الدوالية بسبب ضغط السائل على الاوعية أو بسبب
وجود سيروز كبدي وتبرز السرة ويتمدد الجلد في مداتها على هيئة
جيب املس شفاف ممتلئ بالسائل المصلي

وبالجس يحصل الاحساس بشيئين اولهما انه اذا دفع السائل بطرف الأصابع

لجأة بقوة مناسبة فى حذاء حشا صلب كالكبد ربما تصل اليد اليه ويتيسر
بهذه الكيفية الاستدلال على الاستسقاء وضخامة الكبد أو وجود ورم
فى البطن الثانى انه اذا بسطت اليد اليسرى مثلا على جدر البطن وقرع
عليها باليد اليمنى بخفة فى نقطة مقابلة يحس بوصول الموجة السائلة
الى اليد اليسرى وهذا هو المعبر عنه بالتموج

وتتضح حركة التموج المذكورة كلما كانت جدر البطن رقيقة وغير متوترة
وأما اذا كانت جدر البطن ضخمة أو متوترة جدا فان التموج يقل وضوحه
ولاجل ايضاحه فى الضخامة وتمييزه عن التموج الكاذب الذى يحصل فى
الطبقة الشحمية للجلد يحتاج الحال لمساعد يضغط على جدر البطن بقوة
بواسطة حافة ورق مقوى او بواسطة الحافة الانسية لليد فى نقطة
متوسطة بين اليد الماسة واليد القارعة على جدر البطن وبهذه
الكيفية يمتنع الاهتزاز الواصل من جدر البطن ويتضح اهتزاز الموجة
السائلة وحدها وأما اذا كانت جدر البطن متوترة فيمكن ايضاح التموج
فيها بوضع اليدين بجانب بعضهما والقرع باحداهما قرعا خفيفا جانبيا
والتأمل الى وصول الموجة السائلة الى اليد الثانية ومع ذلك فقد
تكون جدر البطن ممتدة بدرجة لا يتأتى معها حصول التموج مطلقا

وبالاعتناء فى الجس على وجه ما ذكر يمكن استكشاف الانسكاب البريتونى
غالبا ولو قل مقداره وانما يكون التموج محدودا كلما قل مقدار الانسكاب
وبالقرع فى حذاء الانسكاب يوجد الصوت اصما وتتميز حدود الاصمية
هنا بكونها متدرجة غير منتظمة بسبب تخلل العرى المعوية فى السائل
وتتبع الاصمية المحال المنحدرة ويعلوها صوت رنان طبلى فى حذاء الامعاء
التى تطفو على سطح السائل عادة ما لم تكن البطن ممتدة جدا بحيث لا تصل
العرى المعوية الى جدرها او تكون المساريقا منكمشة وجاذبة للامعاء
نحو العامود الفقرى وفى هذه الحالة تكون الاصمية عامة البطن وأما اذا

كان

كان الانسكاب قليلا فان الاصمية تكون محدودة ويمكن تنقلها بتغيير اوضاع المريض فاذا كان واقفا تشغل الاصمية الجزء السفلي من البطن وتعلوها الرنانية واذا نام على جنبه تنتقل الاصمية الى الجنب المنحدر وتعلوها الرنانية في الجنب الثاني واذا جثى على ركبتيه تحول الاصمية حول السرة وانما يلزم التأني في فعل القرع عند تغيير الاوضاع حتى يتم انتقال السائل الى المحال المنحدرة

وبالتسمع قد يحس بقلقلة السائل متى حصلت الرجة البقراطية وتسمع في الغالب الغاط القلب وخراخر الصدر في جدر البطن على امتداد كبير

ثم ان مدة الاستسقاء الزقي تختلف باختلاف السبب وقد يستمر عدة اشهر او سنين في زيادة ونقصان او ينفجر الجلد في حذاء السرة ويتفرغ السائل في الخارج او ينتهي بالامتصاص وحده او في مدة سير الكولرا مثلا ويحصل الشفا او ينتهي بالموت عقب الضغط على الصدر واعاقة التنفس والدورة او عقب تقدم المرض الاصلي

(التشخيص) التموج والاصمية المتنقلة بتغيير اوضاع المريض يستدل منهما على وجود السائل في البريتون وبالنظر لسوابق المريض وطبيعة السائل يمكن الاستدلال على منشئه ويصعب تشخيص الانسكاب اذا كان مقداره قليلا جدا او مفرطا في الكثرة وكانت جدر البطن متوترة والرنانية المعوية غير متيسرة لانه لا يحصل التموج في هذه الحالة ولا يمكن تغيير اوضاع الاصمية

ثم ان التموج والاصمية المتنقلة يميزان الاستسقاء الزقي عن الاكياس المبيضية والحمل وعن تمدد المعدة والمثانة وعن اكياس الكبد والكلا وعن ضخامة الكبد والطحال وعن جميع اورام البطن واذا كانت السرة بارزة بهيئة كيس تساعد على تشخيص الاستسقاء وتميزها عن سمن البطن بكون السرة فيها تكون منخسفة ويرتسم فيها غالبا ميزابان افقيان احدهما

اعلى العانة والآخر اعلى السرة

ويتميز الكيس المبيضى عن الاستسقاء الزقى اولا بهيئة البطن الكمثرية البارزة في الكيس المنزلجة في الاستسقاء وقد يخبر المريض ايضا عن كيفية ظهور الورم في الابتداء في احد الجانبين او يمكن تحديد الورم بالجس ثم نؤمر المريض بعمل حركة شهيق قوية فيرى انخفاض حافته العليا بدرجة واضحة فهذا يدل على الكيس المبيضى (سبنسر) ثانيا وجود اصمية الكيس المبيضى ثابتة في محلها لا تنتقل مع تغيير أوضاع المريض ثالثا انه يحس بالتموج في حذاء الورم الكيسى ولا يحس به في نقطة اخرى ولا يصحبه صوت القلقلة البقراطية رابعا ان السرة تكون غير بارزة في الكيس المبيضى وتبعد عن العانة وتكون اعلى من النقطة الموافقة للخط المحيط الأعظم للبطن بخلاف الاستسقاء فان السرة فيه تبرز وترق وتكون اقرب الى العانة من النتوء الخنجرى بخمسة قراريط أسفل من الخط المحيط الاعظم للبطن خامسا ان حدود الاصمية في كيس المبيض تكون منتظمة وفي الاستسقاء غير منتظمة سادسا ان هيئة الحقنة في كيس المبيض تكون مخصوصة سابعا ان الكيس المبيضى يضغط على جانب الرحم ويثنيه أو يرفعه الى اعلا بخلاف الاستسقاء فانه يضغط عليه ويخفضه ثامنا انه اذا فعل البذل يتميز سائل كيس المبيض غالبا بلونه الرائق المسمر المخضر وقوامه الكثيف اللزج ووجود الخلايا الاسطوانية فيه

وبعد تشخيص الاستسقاء الزقى يلزم تعيين سببه فقد يكتسب الانسكاب مقدارا وافرا في سيروز الكبد وتعوم الامعاء على سطح السائل فيستشعر من نايتها عادة ويكون البول محتويا على رسوبات بكثرة ويعلم من سوابق المريض غالبا انه كان معتادا على الخمر واما في الالتهاب البريتوني الدرني والسرطاني ربما يحس بالأورام ويتكون الترب

ويعسر تمييز سبب الاستسقاء فى احوال عديدة فيلتجأ حينئذ الى البذل وبالنظر لاوصاف السائل يمكن تمييز السائل الكيسى المزج الكثيف والسائل الدمى فى السرطان والسائل المصفر النبق المائع المعتاد فى الاستسقاء الزقى والسائل اللبنى اوالدسم وبعد تفريغ البطن يشرع الطبيب فى البحث عنها وعن سيروز الكبد والاورام ان وجدت

(الانذار) يتعلق الانذار بطبيعة السبب وهو على العموم خطر ولايكاد يحصل شفاؤه الا فى الاحوال الخفيفة المتعلقة بالالتهاب البريتونى المزمن او المحيط بالكبد

(المعالجة) يبادر بمعالجة السبب عند الامكان ويعالج الاستسقاء بمدرات البول والمسهلات والمعرقات كمنقوع الديجيتالا وبصل العنصل وعرق الذيل ونترات البوتاسا وخلاتها وطرطيراتها ومسحوق الجلبة والسنامكى وتعطى المسهلات فى الصباح على الريق وتعطى المدرات فى مدة النهار ويلزم تجنب المسهلات القوية

واذا كان السائل غزيرا يسرع فى البذل وبعضهم لا يفعل البذل الا اذا احدث من السائل اضطراب الدورة والتنفس وتنتخب للبذل آلة باذلة متوسطة الحجم يبتدأ بتطهيرها وامرارها فى اللهب ثم يفعل البذل اما فى الخط الابيض تحت السرة او فى نصف خط وهمى يمتد من السرة الى الشوكة الحرقفية ويجلس المريض وقت العملية او يرقد فى الفراش على جنبه وتلف على بطنه ملاية لاجل الضغط على البطن وقت سيلان السائل ولابد ان تكون المثانة فارغة ويلزم التحقق من تمام الاصمية قبل البذل ومن عدم وجود فرع وعائى فى الجلد فى محل البذل ويلزم ذلك بجلوك مضاد للعفونة ويوضع سطل بجوار المريض ومتى فعل البط تركب على الآلة الباذلة ماسورة مرنة طويلة لاجل توصيل السائل الى السطل ومتى انتهى سيلان السائل تسد فتحة الماسورة

باحدى اليدين ثم تجرح حالة كون اليد الثانية تضغط بواسطة الاصابع على حافتى الجرح لاجل منع دخول الهواء ثم يوضع على الجرح قطعة من القطن المطلى أو البورق ويثبت بالمشمع ويوضع فوقه حزام عريض

ولا يخلو البذل من الخطر فان بعض المرضى قد يقع فى الاغماء ويتدارك ذلك بسيلان السائل ببطء وانتظام الضغط بالحزام على البطن وقد يعقب البذل التهاب بريتونى خطر خصوصا اذا كان الاستسقاء متعلقا بداء رايت ويتدارك ذلك بالاعتناء فى تطهير الآلة الباذلة والجلد وقد يحصل نزيف عزير اذا اصابت الآلة الباذلة فرعا وعائيا وقد يستمر السائل فى السيلان بعد خروج الآلة الباذلة فاذا لم ينقطع بسرعة يمكن سد الجرح بالسيرفين او بالخياطة ويتجدد السائل بعد البذل عادة فيلزم تكرار البذل كلما لزم لانه يريح المريض ويوجب تخفيف الضغط على الكلى والاوعية فيسهل البول ويتناقص الاوذيما وربما انتهى الامر بالشفاء وهو نادر وقد يحتمل المريض تكرار البذل نحو الخمس مرات او العشرين مرة ولكن بتكرار البذل يزداد ضعف المريض ونهوكته حتى يهلك اخيرا

(الفصل الثامن فى امراض الكبد)

امراض الكبد عديدة وانواعها اكثر من جميع انواع امراض الغدد لان الكبد منوط بتكوين الصفرا والجليكوجين والبولين ونظام دورة الوريد الباب وله اهمية كبيرة فى تكوين الدم والشحم ويحتوى على مقدار كبير من المادة النفاوية والدسمة وكل من هذه الوظائف معرضة للتنوع والاضطراب وذلك بخلاف الآفات العامة التى تصيبه كما تصيب بقية الاحشاء كالاحتقان والالتهاب والاستحالات والاورام والديدان ونحو ذلك

وبالنظر لتنوع آفات الكبد يصح ذكرها على النسق الآتى وهو اننا نبتدئ اولا بذكر اليرقان الناتج من اضطراب افراز الصفرا او احتباسها وآفاته

وآفات المسالك الصفراوية ثم نتبعها بآفات المنسوج الكبدى واورامه ولنذكر قبل ذلك بعض كليات على تشريح الكبد ووظائفه على سبيل التذكار فنقول

(اولا تشريح الكبد)

الكبد يوجد فى المراق الايمن فى ثقل ١٥٠٠ جرام واستمداده من نوعين من الاوعية من الشريان الكبدى المنوط بتغذيته والوريد الباب المحمل بالدم الوريدى للامعاء والمعدة والطحال ويخرج منه نوع واحد من الاوعية وهى الاوردة الكبدية التى تصب فى الاجوف السفلى وبشق الكبد تتميز فيه فروع الوريد الباب بكونها محاطة بتفرعات من محفظة جليسون وليست ملتصقة بنسيج الكبد وكونها هابطة واما الاوردة الكبدية فتكون ملتصقة بنسيج الكبد وتبقى مفتوحة على سطح الشق ويشاهد بالعين او بواسطة العدسة المعظمة على سطح الشق جملة جزيرات مركزها اغمق من دائرها تكسب الكبد هيئة الجرانيت او الحجر الرملى ويعبر عن هذه الجزيرات بالفصيصات الكبدية

ثم ان الكبد يتركب من اجتماع الفصيصات الرئوية المذكورة التى يصل قدرها الى نحو ١٢٠٠ فصيص (سابيه) وذكر احدى هذه الفصيصات كاف فى معرفة النسيج الكبدى بتمامه

والفصيص الكبدى عبارة عن كتلة صغيرة قطرها يساوى ميليمتر واحد الى واحد ونصف وهى متعلقة بفرعيات الوريد الباب كالثمرة بقناتها المفرزة وحذاء الفصيص الكبدى منفصل عن الفصيصات المجاورة له بمسافات صغيرة يقال لها الشقوق بين الفصيصات ومن ضغط الفصيصات على بعضها تصير شكلها متعدد الاسطحة وتكون الشقوق بينها اكبر حجما ومثلثة الشكل فى حذاء زوايا الفصيص وفى هذه الشقوق فرعيات الوريد الباب والوريد الكبدى والشريان الكبدى والقنوات

الصفراوية والاوعية اللنفاوية وجميعها محاطة بمنسوج خلوى ثم ان
الوريد الكبدى المحيط بالفصيص ترسل منه فريعات تشفعية تنضم
فى مركز الفصيص وتكون معها فريعا واحدا مركزيا والوريد الباب
يرسل ايضا فريعات تنضم مع فريعات الوريد الكبدى وتكون شبكة
وريدية وتحتوى عيون تلك الشبكة على الخلايا الكبدية التى تصل اليها
فريعات القنوات الصفراوية

ومما ذكر يعلم ان الفصيص الكبدى متكون من شبكة وعائية ممتلئة بالخلايا
الكبدى المتوزعة بين الشبكة الوعائية على هيئة اعمدة دقيقة تابعة
لفروع الاوعية المنشعبة وتكون الخلية الكبدية متعددة الاسطحة وتكون
من مادة حبيبية فى وسطها نواة أو نواتين تحتوى على حبيبات صفراوية
وحبيبات حمرا دموية وحبيبات شحمية وجليكوجين ومادة قابلة للتحول
تحول الجليكوجين الى جليكوز

(ثانيا وظائف الكبد)

وهى عديدة منها اولا افراز الصفرا الذى يتم فى الخلايا الكبدية المنوطة
بذلك ومتى تكونت الصفرا تستولى عليها القنوات الصفراوية للفصيصات
الكبدية وتوصلها الى لقنوات الصفراوية حول الفصيصات ثم الى
القنوات الاكبر منها والصفرا هى سائل مسم بواسطة حوامضه
ومادته الملونة ثانيا تكوين الجليكوجين (اى النشا الحيوانى)
الذى اسطت به الخلايا الكبدية وتكوين للمادة القابلة للتحول التى
تؤثر على الجليكوجين وتحيله الى جليكوز والجليكوجين يقبل
استحالات اخرى فقد يتكون منه حمض الكربونيك وحمض
اللبنيك والشحم ثالثا تكوين الشحم المتحصل من الجليكوجين والمواد
النشوية والسكرية التى تصل الى الفصيصات الكبدية بواسطة
الوريد الباب رابعا تكوين البولين (بروادل) (مورشينسون)

خامسا

خامسا تكوين الكويات الدموية على رأى ليمان أو اتلافها على رأى أغلب المؤلفين سادسا تعديل المواد السمية التى تصل اليه من الأمعاء أو اتلافها وايقاف القلويات البتومائين الذى يحدث من التخمة الهضمية فيمنعها من الوصول الى الدورة العامة واتلاف معظمها (بوشار)

(المبحث الأول فى اليرقان)

اليرقان هو انتشار الصفرا فى الدم وتلون الجلد والانسجة بمادتها الملونة وأما اصفرار الجلد فى حد ذاته فليس هو نفس المرض بل هو عرض لليرقان وينقسم اليرقان الى اصلى وتابعى والى خفيف وخبيث والى حاد ومزمن

(الأسباب) اليرقان الخفيف والاصلى لا يتعلق بآفة واضحة حتى يكون نسبته اليها بالتحقيق ويشاهد بالأكثر عند الشبان واقوياء البنية ويكون نادرا عند الشيوخ وحيث انه يصحبه عادة فقد الصفرا فى المواد الثفلية فبعضهم ينسبه الى ضيق المسالك الصفراوية أو انسدادها لا الى نوازلها أو التهاباتها وأما اليرقان التابعى فانه يتعلق بأحوال مرضية شتى ولنشرح ذلك مفصلا فنقول

(أولا ضيق المسالك الصفراوية وانسدادها) هذه الآفات اما ان تصيب القنوات الصفراوية الدقيقة حال مرورها فى الكبد بسبب التهابه وسيروزه واورامه المختلفة ولا تصاب القنوات الصفراوية جميعها حينئذ ولذلك تكون اعاقة الصفرا جزئية ويخرج ما يمتص منها مع البول ما دامت الكلا سليمة ولا يحدث منها اليرقان الا بنسبة المقدار المختلف من الصفرا فى الدم

وأما ضيق أو انسداد المسالك الصفراوية خارج الكبد فانه يشاهد فى نزلاتها والتهاباتها التى تحدث استاحتها وتراكم الافرازات الالتهابية فى

تحويتها أو تنشأ الاعاقة من دخول الاجسام الغريبة في المسالك الصفراوية كالحصوات الصفراوية والديدان لاسيما الديدان الخراطينية والحويصلات الديدانية التي تحدث من تمزق الاكياس الديدانية الكبدية وبذور الفواكه ونحو ذلك

أو ينشأ العائق من اثر الالتحام التي تعقب تقرحات الغشاء المخاطي للمسالك الصفراوية من تأثير الحصوات الصفراوية عليه مثلا أو ينشأ العائق من الاورام السرطانية والبوليبوسية التي تتولد في جدر المسالك الصفراوية او يكون السبب هو شلل القنوات الصفراوية أو انقباضها التشنجي (نوبتي) وقد يتعلق السبب بتشوه خلقي من حين الولادة

واما ان ينشأ العائق من الخارج كالأورام المجاورة التي تضغط على القناة الصفراوية والتهاب البنكرياس واورامه واثر التحامه التي تسد فتحة القناة الصفراوية

(ثانيا نزلات المسالك الصفراوية والتهاباتها) لاتحدث النزلات والالتهابات من تأثير البرد الا في احوال استثنائية وتكون في الغالب تابعة لنزلات المعدة والاثنى عشري او لآفات الكبد كالتهابه وخراجه واورامه وسيروزه وقد تنشأ من الاحتقان الركودي الذي ينشأ من بعض آفات القلب والرئتين أو من اضطراب الحيض عند المرأة وقد تعقب الانفعالات النفسانية الشديدة كالغضب والفزع ويمكن تعريفها هنا بشلل الاعصاب الوعائية الشعرية

ومن اسباب نزلات المسالك الصفراوية والتهاباتها التسمم بالفسفور والرصاص والحميات العفنة كالتيفوس والحمى الصفراء والحميات الاجامية الرهوية وتندر مشاهدتها في الحمى التيفودية والقرمزية وقد تشاهد على حالة وبائية

(ثالثا الاحوال المرضية التي تتضاعف بالبرقان) اهمها امراض الكبد التي

تعيق

تعيق افراز الصفرا او سيلانها كالضمور الصفراوى الحاد والاحتقان الركودى والتهاب قاعدة الرئتين والامراض العامة كالحميات المعتنة والتسمم الصديدى ولدغ الثعبان ونحو ذلك .

ومع تنوع الأسباب فان لتولد اليرقان وجهين فاما ان ينشأ من اضطراب وظيفة الكبد واعاقتها فى افراز الصفرا وحينئذ كانت المادة الملونة الصفرا تنشأ فى الدم او فى الاعضاء الاخرى ولا يعلم ينبوعها بالدقة سمى اليرقان التابع لهذه الحالة اليرقان الدموى واما ان ينشأ اليرقان من امتصاص الصفرا بعد تكونها ويقال له اليرقان الصفراوى وفى كلا الحالتين لا يظهر اليرقان اذا لم تكف الكليتان فى تخليص الدم من المواد الملونة للصفرا

اما اليرقان الدموى فيفسره جوبلير بانه اذا لم يتم تأثير الكبد الفسيولوجى على عضلات الاغذية النيجية وعلى الكرات الدموية الفاسدة لاجل تولد الصفرا منها واستمرت المادة الملونة الصفراوية فى الدم ولم تكف الكلا فى اخراج هذه المواد كلها مع البول فتلون الانسجة باللون اليرقانى ويصير البول مصفرا او محمرا غامقا ولكنه لا يصير مخضرا ولا يخضر بمعاملة بحمض النتريك بل يكتسب لون خشب المهجنة

واما اليرقان الصفراوى فانه ينشأ اما من امتصاص الصفرا وهى فى المسالك الصفراوية عقب اصابتها فيها وقبل انسكابها فى الاثنى عشرى وهو الأكثر حصولا واما اذ يكون افراز الصفرا غزيرا فوق العادة بحيث ينصب فى الامعاء بمقدار مفرط فيخرج بعضه مع الغائط والبعض تمتصه الأمعاء (فوريكس مورشيسون) وسواء حصل الامتصاص فى المسالك الصفراوية أو الامعاء فان الصفرا تصل الى الدورة واذا لم تكف الكلا لتخليص الدم منها يحصل اليرقان ويكتسب البول لونا مصفرا اوغامقا يصير مخضرا واضحا بمعاملة بحمض النتريك

(التشريح المرضى) ففتح الجثة توجد جميع الاعضاء متلونة باللون الأصفر

وكذلك النسيج الشحمى والجلط الدموية والصفاقات والغضاريف والعظام
والاسنان وطبقات الاوعية والعين وباقى جميع الانسجة ماعدا الجوهر
العصبى للمخ الذى يكون غير متلون ولكنه يظهر مصفرا بسبب ارتشاحه
بالنضح المصلى

ويختلف عن ضيق المسالك الصفراوية وانسدادها تمدد القنوات الصفراوية
فوق العائق بحيث انها قد تصل الى حجم الاصبع واما القناة الصفراوية الكبيرة
فانها تتمدد جدا وتستطيل وتتفرج وتلتوى كالامعاء وتشترك الحوصلة المرارية
فى التمدد ايضا وتتكاثف جدرها او ترق حتى يخشى من انفجارها وقد تنفجر
وينصب محصلها فى نسيج الكبد او فى البريتون ويعقب ذلك التهاب كبدى
او بريتونى وتحتوى المسالك الصفراوية ابتداء على مادة صفراوية تنتهى
بالامتصاص ويعقبها افراز سائل مخاطى عديم اللون يملأ الحوصلة المرارية
ويمددها بقوة وربما بلغت حجم رأس الطفل ويعبر عن هذه الآفة باستسقاء
الحوصلة المرارية

وينشأ من اعاقة الصفرا فى الكبد لحتقانه وضخامته الصفراوية التى يعقبها
الضمور والسيروز الصفراوى

وأما آفات النزلات والالتهابات التى تصيب المسالك الصفراوية فيندر
مشاهدتها فى الحالة الحادة حيث لا يتسبب عنها الموت وتنحصر فى آفات
الغشاء المخاطى التى تشبه جميع النزلات المخاطية واذا انتهى الالتهاب
بالتقيح فيعقبه اما خراجات منتشرة صغيرة او خراج محدود يشترك فيه
الكبد وقد يكون مجلس الخراج الحوصلة المرارية فيوجب تمددها وربما
بلغت الحجم القبضة او رأس الطفل وينتهى خراج المسالك الصفراوية
بالانفجار اما فى نسيج الكبد او فى الاعضاء المجاورة كالمعدة والقولون وقد
تلتصق الحوصلة المرارية بجدر البطن وينفتح خراجها فى الجلد
وخلاف هذه الآفات المتعلقة بضيق المسالك الصفراوية والتهابها

يوجد في الجثة آفات الامراض المتنوعة التي نشأ عنها ظهور اليرقان

(الاعراض) المرض المهم لليرقان هو تلون الجلد باللون الاصفر الناشئ من رسوب المادة الملونة للصفراء فيه و ينشأ من رسوب الصفراء في الانسجة اعراض اخرى كالاكلان واضطراب الافراز البولي والدورة والهضم والمجموع العصبي فبعد ذكر هذه الاعراض العامة نتبعها بذكر الاعراض المتعلقة بانواع اليرقان المختلفة خاصة

(في الاعراض العامة لليرقان) قد ذكرنا ان اهم هذه الاعراض هو اللون الصفراوي الذي يظهر متضحا في الاجزاء الباهتة من الجلد والغشاء المخاطي ويقل وضوحه في الاجزاء المحمرة الغزيرة الاوعية المشعرية ولذلك يبتدئ الاصفرار بالملتحمة والثنية الانفية الشفوية ويمكن مشاهدته في أحوال اليرقان الخفيفة واما اصفرار الشفتين والوجه الباطن للخدين فهو نادر ولايشاهد الا في احوال اليرقان الشديدة ومع ذلك فان الوجه السفلي للسان يصفر غالبا في ابتداء اليرقان ولأجل تمييز اللون اليرقاني في الغشاء المخاطي للفم يلزم الضغط عليه لأجل طرد الدم منه

ولا ينحصر الاصفرار في الجلد والاغشية المخاطية الظاهرة بل أنه يعم الاغشية الباطنة المخاطية والمصلية معا والنسيج الخلوي والانسكابات المارضية ايضا كانسكابات البريتون والبليورا والمفاصل وقد تتلون الاوساط الشفافة للمقلة فيرى المريض الاشياء مصفرة ويتلون الجنين في بطن امه بدرجات مختلفة

ويختلف اصفرار الجلد باختلاف شدة اليرقان وتاريخه فاذا كان اليرقان حادا ووصلت الصفراء الى الدم بمقدار كبير يكتسب الجلد لونا برتقاليا غامقا وهذا نادر وفي العادة يستولي اليرقان على الجسم ببطء ويكون لون الجلد في الابتداء مصفرا شبيها بلون الكبريت او الذهب أو الزعفران او الكركم ويكون اللون اعمق في الحال ذوات البشرة السميكة وعند

الشيوخ ويتضح اللون في الوجه والجبهة والذراعين جهة الانثناء والبطن ويقل وضوحا في الاطراف السفلى وكلما ازمن اليرقان يعمق الاصفرار شيئا فشيئا ثم يصير مخضرا وزيتونيا غامقا أو مسودا وينسب تنوع اللون المذكور لتغير لون الصفرا بتعرضها للهوا واستحالة البيليروبين الى بيليوبروبين ثم الى كوليتيلين

واللون الزيتوني يدل عادة على قدم اليرقان وكان قديما يسمى باليرقان الاسود وربما يستدل به على تمام انسداد المسالك الصفراوية أو على اصابة الكبد بآفات سرطانية خبيثة

ولا يقتصر اللون اليرقاني على الانسجة والانسكابات بل يعم معظم الافرازات كالعرق واللبن والبول بحيث تصفر الملابس والاقمشة الملامسة هذه الافرازات واما اللعاب والدموع والافرازات المخاطية فلا تتأثر منه عادة وانما تفقد اثار كبريتو سيانور البوتاسيوم الموجودة في اللعاب طبيعة (فينوميك فاج) وتفقد ايضا المواد الملونة الصفراوية في كل من القنوات الصفراوية والحوصلة المرارية اذا كان محلس احتباس الصفرا اعلى منها فتصير المواد المخاطية الموجودة فيها عديمة اللون وفي مثل هذه الاحوال تخلو الامعاء ايضا من المواد الصفراوية ويصير لون المواد البرازية ضبابيا او كلون الطفل الابيض

ومتى تلوث اللبن بالصفرا يلزم منع الرضاعة خيفة تسمم الطفل الرضيع واما تلون البول بالصفرا فانه يختلف من الاصفرار الخفيف الى الاسمر المخضر او الداكن او الاسود الغامق ومتى كان البول مسودا يمكن استكشاف اللون المخضر فيه بالنظر الى حافة السائل بين العين والضوء أو بصب جزء منه على هيئة طبقة رقيقة في اناء شفاف أو برج السائل لأجل ظهور الزبد فيه متلونا باللون المخضر وفي هذه الحالة يستمر الزبد مدة طويلة قبل ان ينطفئ واما اذا غمس في البول قطعة من ورق المرشح

الابيض

الابيض او من القماش او الحرير الابيض فأنها تتلون بالّلون الاصفر الواضح وتلون البول بالصفرا يصاحب اليرقان دائما ولا يزول الا اذا انتظم افراز الصفرا في الكبد وسلكت مسالكها الطبيعية في الشروط المعتادة ويزول لون البول قبل الجلد ويستمر تلون الجلد بعد الشفاء ببعض ايام لأن المادة الملونة المترسب في طبقة مالبيجي لا تنصرف الا اذا تجددت الخلايا المصبوغة

ولاجل اثبات وجود الصفرا في البول لا يكتفى بالبحث عن اللون بالعين فقط بل يلزم استعمال الجواهر الكشافة وهي كشاف مارشال واجلين المختصان بالبيليروبين وكشاف بتنكوفر المختص بالحوامض الصفراوية

اما كشاف مارشال فيقتضي صبغة اليود وطريقة العمل هي ان يوضع قليل من البول في مخبار وتضاف اليه بعض نقط من صبغة اليود ويرج فيكتسب لونا اخضر زمرديا اذا كان محتويا على البيليروبين واما كشاف اجلين فيقتضي حمض النتريك المتروزي وطريقة العمل هي ان يوضع قليل من الحمض في مخبار ويضاف اليه قليل من البول بواسطة مخبار ثان بحيث يسيل على جدار المخبار بلطف فيرى حال ملامسة البول للحمض ظهور حلقات مختلفة اللون الاولى مخضرة والثانية لها مزرقة ثم بنفسجية ومصفرة ويمكن تنويع طريقة العمل على الاوجه الآتية

فاما ان يصب من البول بعض نقط على طبق ابيض مفرطح ثم تضاف اليه نقطة من حمض النتريك المتروزي بواسطة قضيب من الزجاج فتظهر حالا في محيط النقطة الحمضية حلقة مخضرة تليها حلقة مزرقة ثم بنفسجية لصفرة واما ان تبل ورقة ترشيح بيضاء في البول وبعد تنقيطها توضع على طبق ابيض وتمس في نقطة مختلفة بواسطة قضيب من الزجاج مغموس في حمض النتريك فتظهر الحلقات الملونة المذكورة في محال ملامسة الحمض حالا واما ان يصب بعض من حمض النتريك في جفنة من الزجاج ثم ينقط

فوقه البول بواسطة بيبنا فيظهر في محل سقوط البول حلقة مخضرة تتسع وتزود وتعقبها حلقات مزرقة ثم مصفرة واذا احتوى البول على النيلة فلا يظهر فيه الا اللون الاحمر والبنفسجي فقط بعد ملته بحمض النتريك على وجه ما ذكر

ولاجل ايضاح الوان كشاف أجلين يبتدأ برج البول مع الكلوروفورم قبل معاملته بحمض النتريك

واما كشاف بتنكوفر فهو قليل الاستعمال ويقتضي حمض الكبريتيك والسكر وكيفية العمل هي ان يوضع في البول بعض نقط من شراب السكر أو بعض قمحات من سكر القصب أو الجليكوز ويضاف اليه حمض الكبريتيك باحتراس لئلا يصل المخلوط في السخونية الى درجة ٧٠ لأن هذه الدرجة وما فوقها تمنع مفعول الجوهر الكشاف وبمراعاة هذا الاحتراس يظهر في الحال لون بنفسجي لطيف ينشأ من وجود الحوامض البولية وحيث ان هذه الطريقة عسرة الاجراء فلاجل التسهيل في العمل يمكن اتباع تنوعها الآتي وهو أن تذوب قطعة من السكر في قليل من البول ثم تغمس فيه ورقة توشيح بيضاء وبعدها تترك الورقة حتى تجف ثم تمس بقضيب من الزجاج مغموس في حمض الكبريتيك فيظهر اللون البنفسجي في محل ملامسة الحمض واذا لم يحتو البول على حوامض بولية تكتسب نقطة الملامسة لونا مسودا كالحرق ويلزم التنبه الى كون اللون في كشاف بتنكوفر لا يظهر بايضاح الا اذا جرد البول قبلا من المواد الملونة الصفراوية لان وجودها يوجب سواد السائل واضطراب لونه

ورسوب المواد الملونة الصفرا في الجلد يوجب في العادة الاحساس فيه باكلان شديد خصوصا في راحتي اليدين واخمص القدمين وفي فوات الاصابع وربما منعت النوم لاستمرارها بالليل وقد يسبق الاكلان ببعض ايام ظهور اليرقان وقد يتضاعف الأكلان بطفح حلمي او بالابخرية والحزاز واذا ازمن ربما تظهر بقع مسودة في الجلد ولاسيما الاجفان واقل منها في

راحتي اليدين واخمصي القدمين وحول المرفقين والركبتين وتتميز البقع في الغالب باستعدادها البيضي ولونها الغامق وقلة بروز سطحها مع عدم التيبس وتكون حافتها اما محدودة او غير منتظمة وقد تكتسب البقع هيئة الدرنات الصلبة ويكون لونها اصفر محمرا

ولا تتنوع الحرارة الطبيعية في اليرقان البسيط واما النبض فانه يصير بطيئا وقد يصل الى ٤٠ او ٣٠ او اقل من ذلك في الدقيقة ويزداد توتره (مادى)
وينسب بطء النبض الى الحوامض الصفراوية التي تتصل الى الدم وليس لهذه الظاهرة تأثير على الانذار وقد يصحبها نزف في الصمامات الاذينية البطينية وقد تتضاعف بالرعاف ويسيل الدم في الغالب من فتحة الانف اليمنى (جاليان)
ويؤثر اليرقان على طباع الشخص فيصير قريب الغضب سريع الخلق قليل الصبر وتنحط قواه ويشتكي من الارق ويقع في الهزال والنحول

وإذا أزمن المرض تظهر اعراض الكاشكسيا الصفراوية التي تتصف بالاوزيما والارتشاحات المصلية والفورفورا والانزفة الباطنة والاسهال او تحصل اعراض تسمم صفراوي يتصف بحركة حمية مصحوبة باعراض مخية كالهذيان واضطراب التنفس الشيم ستوكس الذي ينتهي بالهلاك

وأما الدم فانه لا يتنوع في اليرقان البسيط الخفيف وانما يتلون مصله بالصفرا واما اذا ازمن اليرقان او كان خبيثا فان كرات الدم الحمرا تقل ويزيد مقدار المواد التجصية والكولستيرين فيه

وأما الكلا فلها اهمية كبيرة في اليرقان لكونها منوطة بتخليص الدم من الصفرا ولكن مرور هذا السائل فيها يؤثر عليها مع الزمن فيصغر لونها ثم يخضر وتتلون بشرة الانابيب البولية ثم تستحيل الى الحالة الشحمية ومتى تقدمت هذه الاستحالة يتعطل الافراز البولي وينشأ عن ذلك زيادة خطر اليرقان

(في الاعراض المتعلقة بانواع اليرقان خاصة) اليرقان المتعلق بسيروز الكبد واورامه الخبيثة واكياسه الديدانية سنعيد الكلام عليه عند شرح هذه الامراض ولنقتصر هنا على ذكر اليرقان الاحتباسي واليرقان التالي المعبر عنهما بالبسيط او الخفيف ونتبعهما بذكر اليرقان الثقيل او الخبيث فنقول

(اولا في اليرقان البسيط الاحتباسي) ضيق المسالك الصفراوية وانسدادها يوجبان تراكم الصفرا فوق العائق وامتصاصها وحصول اليرقان المعبر عنه بالاحتباسي اوالركودي او الميخانيكي وهو يتصف بظهور الاعراض العامة لليرقان المصحوبة باضطراب مخصوص في الهضم ناشئ من عدم ورود الصفرا الى الامعاء ولكون الصفرا تساعد على هضم المواد الدسمة وعلى منع تعفن المواد البرازية وعلى تنبه الحركات الديدانية للامعاء فيتسبب من فقدها عادة حصول الامساك وانتفاخ البطن بالغازات وخروج المواد الثفلية فاقدة للونها شبيهة بالطفل الابيض او الرماد او ببراز الكلاب وتكون منتنة جدا صلبة دسمة وفي النادر رخوة او نصف سائلة وتفقد الشهية او تضطرب ويشتكي المريض بالقرف من الاطعمة وربما حصل من رؤيتها التهوع والقيء ويتغطى اللسان بطبقة عجينية ويصير طعم الفم مرا ويتعسر الهضم ويقع المريض في النحافة التي تزداد كلما ازمن اليرقان وربما بلغت النحافة درجة النهوكة

وبالتأمل في المواد الثفلية توجد دسمة بحيث انها اذا كانت رخوة او نصف سائلة وتركت وشأنها في اناء زمنا فان المواد الدسمة تنعزل وتطفو على السطح على هيئة قشرة رقيقة او سميكة لاسيما بجوار جدر الاناء او تجتمع على هيئة بقع شبيهة ببقع شمع الدهن اذا ساح وسقطت نقطة في الماء البارد ويزيد مقدار المواد الدسمة في البراز اذا اصطحب احتباس الصفرا باحتباس العصير البنكرياسي بسبب اصابة الغدة البنكرياسية

بآفات

با‌فات أخرى

ويصحب اليرقان الاحتباسى انتفاخ وتألم فى الكبد يستمر زمنا ثم يتبعه الضمور والسيروز الصفراوى واحتباس الصفرا فى الحوصلة المرارية يوجب تمددها بحيث يمكن الاحساس بها بالجس على هيئة ورم مستدير او كمثرى الشكل املس يتبع حركات التنفس وقد تصل الحجم رأس الطفل فتملأ الخاصرة اليمنى الى الحرف الحرقفى ومع تقدم الزمن تمتص الصفرا منها ويحل محلها مادة مخاطية عديمة اللون ناشئة من الاوان النزلى ويعبر عن هذه الحالة باستسقاء الحوصلة المرارية الذى قد ينتهى بالانفجار وحصول عوارض شتى ثم ان مدة اليرقان الاحتباسى تختلف باختلاف طبيعة العائق المانع لمرور الصفرا فاذا كان الاحتباس بسيطا متعلقا بالالتهاب النزلى أو الحصوات الصفراوية مثلا لا تزيد مدته عن بعض ايام الى شهر أو شهرين فاذا استطالت فوق ذلك يمكن اعتبار العائق متعلقا بأسباب خبيثة أخرى ويستدل على مجلس العائق بالبحث عن الحوصلة المرارية لأنها تتمدد او تصاب بالاستسقا اذا كان العائق فى القناة الصفراوية تحتها ولا تتنوع اذا كان مجلس العائق فوقها

(ثانيا اليرقان البسيط النزلى) نزلات المسالك الصفراوية توجب انتفاخ الغشاء المخاطى وانسداده بمواد الاوان فيتسبب عن ذلك اعاقة سيلان الصفرا وحصول اليرقان ولكون نزلات المسالك الصفراوية تتبع نوازل المعدة والاثنى عشرى غالبا أو تصحب سوء الهضم سمى اليرقان النزلى ايضا باليرقان المعدى الاثنى عشرى وسوء الهضم الصفراوى وقد تصحبه حمى خفيفة تسمى بالحمى النزلية الصفراوية وانها وان تنوعت الاسماء فأن الاعراض اليرقانية تشبه الاعراض العامة لليرقان وانما تسبقها اعراض النزلة المعدية الاثنى عشرية أو الحمى النزلية الصفراوية التى تتصف بالحركة الحمية الخفيفة وفقد الشهية وتغطى اللسان بطبقة مصفرة عجينية وبنتانة النفس والتجشى والغثيان أو القئ والاحساس بثقل وانتفاخ فى القسم الشراسيفى وامساك واذا حصل الاسهال

يستدل به على امتداد النزلة الى الامعاء الدقيقة وتزول الاعراض المعدية الاثنى عشرية في الغالب متى ظهر اليرقان

واذا كان اليرقان متعلقا بسوء الهضم كما يشاهد عند الاشخاص المفرطين في الأكل والمشروبات الروحية المهملين في الحركة والرياضة الجسمية فانه يتصف بظهوره بدرجة خفيفة وتألم القسم الشراسيفي والمراق الايمن وبالجس يوجد الكبد متوترا يتألم بالضغط عليه ويشتكي المريض بتعب يزداد بعد الأكل ويتغطى اللسان بطبقة مصفرة ويحصل الامساك ويضطرب النوم في الغالب ويسمى القلق اذا نام المريض ويستيقظ ومعه صداع أو آلام حادة تنصرف مدة النهار أو يحصل له دوار وخفقان وقد يشاهد تضريس الاسنان مدة النوم وقد تتضاعف هذه الاعراض بالخفقان وعسر التنفس

ويسمى اليرقان النزلي عادة من اسبوع الى ٦ اسابيع وينتهي بالشفا عادة وانما يعقبه استعداد للحصوات الصفراوية والنقرس

وسواء كان اليرقان احتباسيا او نزليا فانه قد يبتدئ بالشكل الخفيف ويظن انه حميد ثم يتبين انه متعلق بسرطان المسالك الصفراوية أو ينقلب الى الشكل الخبيث بدون سبب ظاهر وهذا الذي يوجب دوام الاحتراس في الأنذار

(ثانيا في اليرقان الخبيث) اليرقان الخبيث اما ان يكون اصليا أو تابعيا أو ناشئا من التسمم بالفسفور ويتعلق خبثه بحالة الكبد أو الكلا فاذا اصيبت الخلايا الكبدية ووقف افراز الصفرا كما يشاهد ذلك في السيروز الاصفر او السرطان الكبدي واصيبت الكلا ووقف خروج الصفراء مع البول يصير اليرقان خبيثا ويتصف الخبيث بالحمى والتكسر والآلام العضلية والانحطاط وظهور الاعراض التيفودية واللون اليرقاني والانزفة المتعددة من الانف والمسالك الهضمية والبولية وتحت الجلد بشكل اكيموزات او فرفورا والاعراض العصبية كالقيء وعسر التنفس والهذيان والتقلصات والكوما والفواق ويهلك المريض في مسافة بعض أيام الى

اسبوعين

اسبوعين او ثلاثة بالاعراض العصبية الضعفية ويندر الشفا ويسبقه فى العادة بحران كالعرق والاسهال وادرار البول

ولتسلطن بعض الاعراض يسمى اليرقان الخبيث تيفوديا أو ضعفيا أو نزيفيا و(تروسو) يعتبر اليرقان الخبيث الأصلى مرضا وبائيا معديا شبيها بالحميات العفنة ولحمى الصفرا وينشأ خطره من اصابات الخلايا الكبدية وابطال وظيفتها وانتشار المادة الملونة ولحوامض الصفراوية فى الدم التى تنضم اليها عوارض التسمم البولى عقب اصابة الكلا التابعة لليرقان

(التشخيص) يسهل تمييز اليرقان بالنظر لتلون الجلد والاغشية المخاطية ووجود المادة الملونة للصفرا فى البول ولايلتبس اللون اليرقانى باللون الخلوروزى المخضر ولا باللون الكاشكيسى المصفر الباهت ولا باللون الترابى للتسمم الآجامى ولا باللون الاردوازى لمرض اديسون فان الملتحمة فى جميع هذه الأمراض لاتتلون بل يستمر لونها ابيض لؤلؤيا نقيا

وقد يكون اللون اليرقانى خفيفا جدا فيعسر تمييزه عن اللون المصفر فى الانيميا الخبيثة والكاشكسيا المتقدمة لاسيما اذا تكونت تحت الملتحمة طبقة شحمية ولكن يسهل الفرق بينها بدقة النظر ولايلزم البحث فى الضوء الصناعى لأن اللون اليرقانى لايتميز جيدا الا فى الضوء الطبيعى مدة النهار

ولايكتفى الطبيب بتشخيص اليرقان بل يلزمه تعيين نوعه اذا كان بسيطا أو احتباسيا أو نزليا أو متعلقا بسوء الهضم او كان خبيثا أو تابعيا وبالنظر للأعراض الخصوصية لهذه الانواع والآفات التى تولد اليرقان يمكن الاستدلال على التشخيص

وأما تمييز اليرقان الخبيث عن الحمى الصفرا فسنذكره قريبا

(الانذار) الانذار فى اليرقان البسيط حميد عادة الا أنه يجب التنبه الى ان اليرقان الخفيف قد ينتقل الى الشكل الخبيث بدون سبب واضح وهذا الذى يوجب الاحتراس فى الحكم

(المعالجة) اليرقان البسيط لا يستدعي حجز المريض في منزله بل يصرح له بالخروج والرياضة ويعتني في تغذيته ويمنع من تعاطي المواد الدسمة والمطبوخات ويعطى له الالبان والقهوة والنشاء والامراق والخضراوات المطبوخة والبيض واللحم الابيض والشراب النبيذ والليمونات النباتية والمعدنية والمياه الغازية كبلتس وسان جالميه

وادوية اليرقان النافعة هي القلويات كمياه وبشي وكارلسباد وكربونات الصودا والنوشادر والاملاح المتعادلة الملينة ككبريتات الصودا والمانيزيا وتضاف اليها المسهلات النباتية كالراوند والصبر والسنا او يعطى الزيبق الحلو والحبوب الزرقا والتارا كساكوم او يعطى اليودوفيلين مع الراوند ولا تستعمل المسهلات الملحية الا في النادر وتعطى مدرات البول ان كان اولازم قليلا وترجح خلات البوتاسا او نتراتها

ومتى تلون الغائط يسهل انصراف اللون اليرقاني من الجلد باستعمال المدرات والمعرقات والحمامات الساخنة التي يضاف اليها قدر رطل من بيكربونات الصودا ويعطى من حمض البنزويك من ٣: ٤ قمحات في اليوم

وفي اليرقان الخبيث الاصلي يمكن استعمال سلفات الكينا ضد الحمى والاخطاط وتستعمل المنبهات كما في الامراض العفنة واذا ظهرت علامات التسمم البولي يعطى من حمض البنزويك ٣ جـ ومن الكافور ٥٠ ر سنتجرام ومن المسكر نصف جرام في كل ساعتين مرة او يحقن الزيت الكافوري تحت الجلد ويوضع الجرد او المحاجم على القفا والمكمدات الجليدية على الرأس

واما اليرقان التابعي للامراض الخبيثة فيحتاج لمعالجة السبب واذا كان احتباس الصفرا مستمرا يمكن استعمال القلويات والتاراكساكوم والكوندورانجو وحدها او مع النبيذ ويعطى للمريض بعد الطعام بساعتين مقدار من صفرا البقر بقدر ٣: ٦ قمحات طوهيئة حبوب مغلفة بيلسم الطولو الاثيرية لتمر من المعدة وتصل الى الامعاء وتساعد على الهضم وتمنع التعفن ويمكن استعمال

خلاصة

خلاصة البنكوباس الجليسرينية ومضادات العفونة كالكريوزوت والتيمول والتربنتين والفحم النباتى وتستعمل المليّنات والمعرقات على حسب الاقتضا ولاجل تلطيف الأكلان تستعمل الحمامات القلوية وتعطى القلويات من الباطن لاسيما كربونات البوتاسا أو يعطى من بيكربونات الصودا وبرومورها مقدار كبيرا واذا لم يتلطف الأكلان يعطى البلادونا من الباطن وتفعل غسلات بمحلول حمض السيان ايدريك ولا يستعمل الافيون الا فى النادر وبعضهم يوصى بفعل الحقن بالبيلوكاربين

(المبحث الثانى فى الحصوات الصفراوية)

الحصوات الصفراوية كثيرة الحصول عند الانسان ويمكن مشاهدتها فى المسالك الصفراوية من ابتدا القنوات الصفراوية الصغيرة داخل الكبد الى القناة الصفراوية الانتهائية ومجلسها المعتاد هو الحوصلة المرارية

(الأسباب) تشاهد الحصوات الصفراوية بالاكثر بعد سن الاربعين وتندر جدا قبل سن العشرين وتصيب النساء أكثر من الرجال وينسب ذلك لاستعمال المنطقة أو تكرار الحمل والافراط فى الأكل والمعيشة الجلوسية مما يساعد على ظهور الحصوات الصفراوية واستعمال المياه الكلسية والوراثة لها دخل عظيم فى اكتساب الاستعداد الديايتزى الذى يشمل الصداع والنقرس او الروماتيزم والحصوات الصفراوية او البولية والاجزيمة والاكزيما ونحو ذلك

ومما يساعد ايضا على ظهور الحصوات الصفراوية الأجسام الغريبة التى تصل الى المسالك الصفراوية والآفات التى تهيج نزلات هذه القنوات أو تعيق سير الصفرا فيها وتوجب كثافتها

وكيفية تكون الحصوات لم تعلم جيدا وانما تحتاج لرسوب مواد الصفرا وتجمعها ويظن ان نوازل الحوصلة المرارية يتولد منها الكلس او تتسبب عنها حموضة الصفرا وعلى كلتا الحالتين تتحلل املاحها ويتميز الكولسترين والبيلوروبين

وترسب وحدها وفى حالة تبلور او ترافق الكلس

يكون (التشريح المرضى) مجلس لحصوات الصفراوية فى الحوصلة المرارية عادة أو فى القنوات المفرزة وتختلف اوصافها باختلاف طبيعتها أما حجمها فيكون كحجم الرمل الخشن أو يصل الى حجم البيضة وربما بلغ قطرها ٥ او ٦ سنتيمتر على ٣ او ٤ سنتيمتر (ميكل) ويكون شكلها مستديرا أو اسطوانيا أو مكثرا بشكل الحوصلة وتكون حينئذ وحيدة ومالئة لها واما اذا كانت متعددة فتكون لها اسطحة وزوايا منتظمة او غير منتظمة أو بروزات وانبعاجات ناشئة من ضغط الحصوات على بعضها وقد تكون متمشقة ببعضها أو مجتمعة بهيئة التوت وقد يصل عددها الى ١٠ او ما واحدة وبعضهم وجد منها مئات وفوق الالف فى الحوصلة الصفراوية (اوتو) ويختلف لونها من الاصفر الى الاخضر والاسود ولا يكون مبيضا الا نادرا ويختلف قوامها ووزنها على حسب تركيبها

وقد تكون الحصاة مستوية التركيب وهو نادر والغالب ان يكون مركزها مغايرا للدائرة أو تكون متكونة من طبقات بعضها فوق بعض على شكل البصلة وهو نادر ايضا والنواة المركزية متكونة اما من الموسين أو من الخلايا البشرية أو من الكولسترين او البيليروبين متحدة بمادة كلسية أو تكون النواة من جسم غريب كالابر والديدان المعوية وبذور الفواكه التى تصل الى المسالك الصفراوية من القناة المعوية واهم انواع الحصوات بالنظر لتركيبها هى الحصوات المتكونة من الكولسترين أو المادة الملونة للصفراء والكلس والحصوات المتضاعفة التركيب

اما الحصوات المتكونة من الكولسترين فانها تكون بيضاء شفافة كالموم متى كانت حديثة وتصير معتمة متى تعرضت للهواء وجفت ويكون قوامها رخوا بحيث يمكن هرسها بين الاصابع وملمسها دسما أو صابونيا ووزنها النوعى خفيفا جدا ولكنها ترسب فى قاع الماء اذا كانت حديثة رطبة واما

بعد

بعد جفا فيها فتطفو على سطحه بعض زمن ثم متى امتصت الرطوبة تهوى الى القاع واذا شقت بسكين مثلا يوجد سطح الشق مستويا شبيها بكسر الكافور أو المرمر او تكون مشمعة كالشمع وهذه الحصوات قابلة للاحتراق ولاحتراقها لهب رائق ويختلف حجمها من رأس الدبوس الى الجوزة

وأما الحصوات المتكونة من المواد الملونة الصفرا فهى اندر من الكولسترينية ويكون لونها اما صدائيا أو مخضرا أو مسودا وقوامها هشا بحيث تنسحق بدلكها بين الاصبعين وقد تكون صلبة وتكسرها متجانسا او على هيئة طبقات بصلية ويكون حجمها فى العادة صغيرا وتكون متعددة وربما بلغ عددها الى بعض مئات فى الحوصلة المرارية

وأما الحصوات المتكونة من الكلس فهى اندر الجميع ويكون لونها ابيضا أو ابيض سنجابيا وقوامها صلبا وثقيلة فى الوزن وأما الحصوات المتضاعفة التركيب فاكثرها حصولا هو الحصوات المتكونة من الكولسترين مع المادة الملونة الصفرا بحيث تكون ممتزجة ببعضها أو تكون الحصاة كولسترينية وقشرتها متكونة من البيلروبين متحدة مع المواد الكلسية

ويتسبب عن وجود الحصوات فى المسالك الصفراوية آفات مختلفة كالتهاب الغشاء المخاطى وتمدد الحوصلة المرارية واستحالة طبقتها العضلية الى الحالة الشحمية أو الكلسية وينشأ من الافرازات الالتهابية نوع ملغمة جيرية تحيط بالحصوات على هيئة عجينة رخوة أو تتكيس الحصوات فى ثنيات الغشاء المخاطى وقد يمتد الالتهاب الى نفس النسيج الكبدى

(الاعراض) قد لا يتسبب عن الحصوات الصفراوية اعراض واضحة مدة الحياة وانما تستكشف فى الجثة بالصدفة أو يحس بامتلاء الحوصلة المرارية تحت جلد البطن فى الحى بالحصوات مع بروزها على هيئة ورم صلب ربما يسمع فيه بالجس صوت يشبه تصادم الحصا أو الجوز فى الكيس وقد تتأخر مشاهدة الحصوات الصفراوية فى المواد الثفلية عند من لم يسبق له التشكى باعراض الحصوات

وهذا يشاهد بالاكثر عند الشيوخ بسبب استرخاء المسالك الصفراوية وقلة احساس غشائها المخاطى عندهم

وقد تستتر اعراض الحصوات خلف بعض الأمراض المصاحبة لها او المتسببة عنها كالتهاب المسالك الصفراوية وخراجات الكبد وقد يشتكى المريض بفقد الشهية واضطراب الهضم ويتكرر عنده القئ ويظهر اليرقان فى الوجه وللملتحمة ويشعر بثقل وتألم فى قسم الكبد والقسم الشراسيفى ولا تشتد به الاعراض زيادة على ذلك

والاعراض الاكلينيكية المهمة للحصوات الصفراوية تنحصر فى المغص الكبدى واعاقة الصفرا والمضاعفات ولنذكرها على هذا النسق فنقول

(اولا المغص الكبدى) المغص الكبدى يحصل على الوجه الآتى وهو أن الحصوات الصفراوية التى توجد فى الحوصلة المرارية تنتقل منها وتحتشر فى القناة المرارية أو تصل الى القناة الصفراوية ثم تسقط فى الاثنى عشرى أو تتقهقر وترجع داخل الحوصلة المرارية وفى حال مرورها فى القناة المرارية والصفراوية تهيج الغشاء المخاطى وتحرض الآلام العصبية المعبر عنها بالمغص الكبدى ويشتد الألم اذا كانت الحصوات كبيرة الحجم بالنسبة لقطر القناة المارة فيها واذا كان سطح الحصوات خشنا اوذا زوايا حادة

ويظهر المغص الكبدى فى العادة من نفسه فجأة أو عقب بعض الاسباب المرضية له كالتعب الجسمى والوثب والرقص والجرى ورج العربة وتعاطى الاطعمة والمشروبات والانفعالات النفسانية ونحو ذلك ويتصف المغص الكبدى بالألم الذى يختلف فى حدته ومجلسه باختلاف الأحوال ويكون فى الغالب محصورا فى قسم الكبد أو ينتشر نحو القسم الشراسيفى والسرة والكتف والظهر ويكتسب حدة قوية بحيث يصرخ المريض ويتأوه ويتموج فى الارض او فى فراشه ويتخذ اوضاعا متنوعة ويتكور على نفسه ويضغط على مراقه الايمن طمعا فى تلطيف مايقاسيه بلاطائل ويسمى الألم محرقا أو ممزقا

أو وخزيا

او وخزيا وقد يتشمع نحو الخصية اليمنى او يمتد بطول الذراع الايمن وترى على سحنة المريض هيئة الضجر وتتغطى الجبهة بعرق بارد ويبهت الوجه او يحمر وبالبحث عن البطن توجد متوترة او متيبسة كلوح الخشب لاسيما فى المراق الايمن ويوجد الكبد متمددا وبالضغط عليه يتألم المريض خصوصا عند وصول الضغط قريبا من الحوصلة المرارية اى فى حذاء حافة العضلة المستقيمة البطنية اسفل الضلع الثامن الاعلى حالا

ثم ان المغص الكبدى لايكون دائما بهذه الشدة وقد يكون خفيفا جدا وينصرف بسرعة او تتلطف حدته ثم تعود الى شدتها الاولى ويتعاقب ذلك مرارا وهو المعبر عنه بنوبة المغص الكبدى التى تختلف مدتها من ٣ الى ٦ ساعات الى بعض ايام وتنصرف فى العادة فجأة ويعقبها الاحساس بالراحة المطلقة ويستدل من ذلك على سقوط الحصاة فى الاثنى عشرى او رجوعها فى الحوصلة المرارية وقد يصحب انصراف النوبة تبول غزير رائق يعبر عنه بالبول العصبى

ثم ان نوبة المغص الكبدى قد يسبقها الاحساس بالقشعريرة وقد يصحبها ارتفاع حرارة الجسم الى درجة ٤٠ وفى احوال اخرى لاتحصل القشعريرة ولا تتنوع الحرارة او تنخفض ويكون النبض اما متواترا غير منتظم او بطيئا متمثلا ويسرع التنفس ويصير لهثيا ويصحب المغص الكبدى فى الغالب برقان وقئ يكون فى الابتداء غذائيا ثم يصير صفراويا او مخاطيا ويكون الامساك مستعصيا والاسهال استثنائيا والبول نادرا مركزا ومتحللا ببولات مفرطة او يكون صفراويا واذا كان المغص شديدا ربما يتضاعف بالهذيان والتقلصات العامة وفقد الادراك

(ثانيا فى اعاقة الصفرا) اليرقان الذى يصحب المغص الكبدى غالبا ينسب الى اعاقة الصفرا واحتباسها ويشترط لحصوله حينئذ انسداد القناة الصفراوية بالحصوات انسدادا تاما مدة كافية بحيث لاتكون الكليتان لافراز الصفرا المتجمعة فى الدم وتخلصه منها ويكتسب اليرقان فى هذه الحالة اوصافـ

اليرقان الاحتباسي الذي يتصف باصفرار الجلد خصوصاً في الوجه واصفرار الملتحمة وخروج الغائط دسماً وفاقداً للونه واكتساب البول أوصافاً مخصوصة كما سبق شرحه بالمفصل ولكن لا يظهر اليرقان عادة الاعند احتباس الصفرا بيومين أو ثلاثة وربما انتفخ الكبد وتمددت الحوصلة المرارية وبرزت تحت الجلد واما اذا لم يتم انسداد القناة الصفراوية او انسدت القناة المرارية وحدها فلا يحصل اليرقان بدرجة واضحة وذلك بسبب استمرار سيلان الصفرا في الاثنى عشري وقد تبين من الاستاتستيك ان اليرقان لا يضاعف المغص الكبدي الا في نصف الاحوال تقريبا
ويلزم الاعتناء في البحث عن المواد الثفلية في احوال المغص الكبدي لأجل استكشاف الحصوات الصفراوية ولا يكتفى بالبحث السطحي بل تطرح المواد في منخل من الشعر أو السلك ويصب عليها الماء لاجل ذوبانها وغسل الحصوات ان وجدت ويلزم تكرار البحث يومياً مدة اسبوع بعد نوبة المغص
ولا تستكشف الحصوات دائماً لأنها قد تندفع في المعدة وتخرج بالقيء وهو نادر وقد تتقهقر وترجع الى الحوصلة الصفراوية واذا وجدت الحصوات فانها قد تكون تامة او مكسورة ولا يوجد منها الا بعض قطع فقط وقد تحرض نوب المغص الكبدي بوجود الديدان في القناة الصفراوية وانما ذلك استثنائي
ثم ان انتهاء نوبة المغص الكبدي بالشفاء على وجه ما ذكر آنفا هو الاكثر حصولا ولكن دائماً يخشى بعدها من النكسات ويستدل على النكسة بخروج الحصوات ذوات الاسطحة التي تدل على تعددها وقد تنتهي النوبة بالهلاك او تتضاعف بعوارض مختلفة يلزم ذكرها هنا
(المضاعفات) حالة القشعريرة والحمى والتقلصات العامة وفقد الادراك السابقة الذكر قد تنشأ من شدة الالم الخطاط عصبي عام يؤدي الى الهلاك بالاغماء وشلل القلب أو يحصل احتقان دموي أو سكتة

مخية

محية خصوصا عند الشيوخ او تمدد في القلب الايمن وعدم كفاية في الصمام ذي الشرافات الثلاث (تريكيد) وارتيميا الاطراف السفلى او يصاب الغشاء الباطن للقلب بالالتهاب الحاد المعفن الخبيث أو تصاب المسالك الصفراوية بالسرطان البشري

هذا وقد يتسبب من انحشار الحصوات في المسالك الصفراوية انسدادها المستمر فاذا انسدت القناة المرارية تحتبس الصفرا عن الحوصلة المرارية وبعد امتصاص ما بقي فيها من الصفرا تضمر وتصاب بالالتهاب المزمن فتتكمش جدرها وتتسدد أو تمتلئ بافرازات مصلية مخاطية توجب تمددها الاستسقائي ولكن حيث ان الصفرا في هذه الحالة تسري في سيلانها نحو الاثنى عشري فلا يشاهد الخطر الذي يصحب انسداد القناة الصفراوية فان انسداد هذه القناة يوجب ظهور اليرقان الاحتباسي ويتضاعف بتمدد المسالك الصفراوية والسيروز الصفراوي والالتهابات والخراجات الصفراوية والتهاب فروعات الوريد الباب ويهلك المريض بالتسمم الصفراوي أو تتمزق المسالك الصفراوية وتنسكب الصفرا في البريتون ويحصل التهاب بريتوني مميت

وقد يتسبب من انحشار الحصوات في المسالك الصفراوية التهابها وتقرحها والتحامها بالاعضاء المجاورة ثم انثقابها بهذه الاعضاء وسقوط الحصوات في المعدة وخروجها بالقئ او سقوطها في الامعاء الدقيقة او الغليظة ثم خروجها في الغائط أو سقوطها في حويض الكلا ومنه الى المسالك البولية أو المثانة وقد تنفذ حصوات القنوات الصفراوية الكبدية في الصدر عقب اصابة الحجاب الحاجز وانثقابه وقد شوهد خروجها من الشعب مع البصاق (دراسفلد) وفي جميع هذه الاحوال قد يتخلف عنها نواسير متنوعة بين المسالك الصفراوية والاحشاء المذكورة

واذا التحمت الحوصلة المرارية بجلد البطن وتقرحت ربما يعقب ذلك ناسور في الجلد تخرج منه الصفرا والحصوات واذا سبق تقرح الجلد التهاب بريتوني

محدود ربما تكون جيب يتصل به الناسور الجارى فى نقطة بعيدة عن الحوصلة المرارية بقرب السرة أو الاربية مثلا وقد يعيش المصاب بهذه النواسير سنين عديدة

واذا كانت القناة الصفراوية منسدة يستمر سيلان الصفرا من الناسور وأما اذا كانت سالكة والقناة المرارية هى المنسدة وحدها فلا يسيل من الناسور الا مواد مخاطية أو مخاطية مصلية وتنتهى عادة بالشفا

ومتى وصلت الحصوات الصفراوية الى الامعاء بواسطة القناة الصفراوية او النواسير العارضية ينصرف الخطر عادة ولكن قد تحصل مضاعفات جديدة اذا كانت الحصوات عظيمة الحجم او تصددت فى الامعاء بطريقة توجب اعاقة المواد البرازية او انسداد نفس الامعا ويشاهد هذا العارض غالبا فى اللفائف والقولون و الشرج واذا كانت الحصوات عديدة ربما تتراكم وتلتصق ببعضها بواسطة المواد الثفلية فتصير عظيمة الحجم بحيث تسد الامعاء او تقف فى الاعور او فى الزائدة الدودية ويعقبها التهاب الأعور وعوارضه المختلفة او ينشأ من ملامسة الحصوات تهيج فى الغشاء المخاطى للأمعاء يصل الى درجة التقرح وتنثقب جدرها او تتغنغر ويعقب ذلك عوارض شتى أو يحصل نزيف باطنى عقب اصابة بعض الفروع الوعائية المهمة المتوزعة فى الامعاء وبالجملة فان الحصوات الكبدية تضاعف الحصوات الكلوية بنسبة [illegible] وتتضاعف بالنقرس بنسبة [illegible] وبالبول السكرى ٤/١٠٠ ومدة المرض ليست محدودة فأنها قد تستطيل عدة سنين

(التشخيص) يصعب تشخيص الحصوات الصفراوية الكامنة ومتى حصل المغص الكبدى تشتبه فى وجودها ولا تشتبه بالآلام العصبية المعدية التى تتميز بجلسها فى القسم الشراسيفى وسبقها باعراض معدية اخرى وعدم اصطحابها باليرقان وأما الآلام الكبدية العصبية فأنها نادرة وتتميز باصطحابها بآلام عصبية اخرى ولا تتسبب عنها اعاقة الصفرا

وبتميز

ويتميز المغص الزحلي بانتفاخ البطن وتلطيف الالم بالضغط ووجود لخط للزرق على حافة اللثة وأما التهاب الاعور والانسداد المعوي والقرحة الوحيدة الاثنى عشري فتتميز بالاعراض الموضعية والعامة الواصفة لها

ويتميز المغص الكلوي بجلسه واتجاه الألم على سير المسالك البولية الى الحشفة وخروج البول مدمما او مختلطا بالرمل

واذا حصل المغص الكبدي على نوب يومية واصطحب بالقشعريرة والحمى ربما التبس بالحمى المتقطعة ولكنه يتميز بعدم تنوجه باستعمال سلفات الكينا وبظهوره عادة في المساء لا في الصباح

(الانذار) الانذار في العادة جيد انما يلزم التأني في الحكم خوفا من المضاعفات العصبية والالتهابية التي تطرأ على المريض وتعرضه للخطر والهلاك وايضا لا تؤمن من النكسات بعد الشفاء ولا من عواقبها كلما تكررت

(المعالجة) معالجة الحصوات الصفراوية لها ثلاث مقاصد وهي اولا معالجة المغص الكبدي - ثانيا خروج الحصوات المتكونة - ثالثا منع تولد حصوات جديدة

اما معالجة المغص الكبدي فتستدعي استعمال المخدرات بمقدار كبير كالكلورال الايدراتي (٣ جم في كوبة ماء) وخلاصة البلادونا بقدر نصف قمحة واستنشاق الكلوروفورم وكلور ايدرات المورفين حقنا تحت الجلد (من ٠٫٠١ : ٠٫٠٣ سنتجرام) والانتيبيرين (من ٢ : ٤ جم في جرعة تؤخذ في اليوم او تفعل منه حقنة تحت الجلد) انما يتحقق من سلامة الكلا وعدم وجود الزلال في البول ويؤمر المريض بالاستراحة في الفراش ووضع لبخة دافئة على قسم الكبد او تستعوض اللبخة بالمثانة المملوءة بالجليد على حسب الاحوال او يوضع المريض في حمام فاتر زمنا او يرسل العلق على قسم الكبد او تفعل الحجامة الرطبة لاجل تلطيف الالم وأما القيء فيعالج بجرعة فوارة او ببعض نقط من محلول السيانور الدريك المخفف وينتج من هذه المعالجة تسكين الألم واسترخاء عضلات المسالك

البولية بحيث يسهل سير الحصاة ووصولها الى الامعاء ولا بأس من اعطاء ملين لاجل سهولة خروجها حينئذ مع البراز

ولاجل خروج الحصوات يوجع بعضهم اعطاء زيت الزيتون بمقدار كبير (نحو ٢٠٠ جرام) أو يعطى الكلوروفورم من الباطن وبعضهم يأمر بالدلك على قسم الكبد وهذا لا يخلو من الخطر

ولاجل تدارك تولد حصوات جديدة يلزم مراعاة تدبير غذائي بسيط وتجنب المشروبات والاغذية الدسمة والحمضية وتفعل الرياضات الجسمية وتستعمل بعض الادوية كما السيلات الصودا والمياه المعدنية القلوية وخصوصا ماء كارلسباد وايمس وويشي وحيث ان استعمال هذه الوسائط العلاجية يعرض المغص الكبدي عند بعض المرضى بسبب انتقال الحصوات فيلزم اخبارهم بذلك اولا لاجل راحة خاطرهم ويلزم تكرار استعمال هذه المياه مدة سنوات متواليات ويستفاد من استعمال المياه القلوية ايضا تلطيف نزلات المسالك الصفراوية التي تعرض تولد الحصوات والقلويات تؤثر على الصفرا وتزيد ميوعتها وتسهل سيلانها

وفي مدة الشفا يستمر المريض على استعمال المياه القلوية الضعيفة كماء بيلين وجيسو بلروسان جالمبيه وقد تضاف اليها بيكربونات الصودا بمقدار ١ : ٢ جرام في اليوم في قدر كوب من الماء المسخن

وتوجد خلاف ذلك ادوية عديدة يمكن استعمالها ايضا ضد الحصوات كدواء دوراند (من ٢٠ : ٣٠ نقطة اربع مرات في اليوم) وروح التربنتينا (٥ جرام) والايثير الكبريتي (من ٢٠ : ٨٠ نقطة) تؤثر خصوصا على الحصوات الكولسترينية وتحللها والكلوروفورم الذي يذيب الكولسترين والبليروبين معا (من ١٠ : ٣٠ نقطة ٣ : ٤ مرات في اليوم)

واذا تواترت نوب المغص الكبدي ولم تفد المعالجة وخيف من حصول المضاعفات الخطرة يمكن الالتجاء الى الوسائط الجراحية لاجل استخراج الحصوات والطرق الجراحية

الجراحية لها عمليتان عملية فتح الحوصلة المرارية وعملية استئصالها واذا كانت القناة الصفراوية منسدة يفعل ناسور صناعى لاجل سيلان الصفراء الى الخارج

(المبحث الثالث في احتقان الكبد)

احتقان الكبد كثير الحصول وذلك بسبب افراط وظائفه ولحصار الوريد الباب بين مجموعين شعريين وهو كبقية الاحتقانات الحشوية ليس مرضا قائما بذاته محدودا بل هو متعلق باسباب مرضية شتى

(الاسباب) بالنظر لاسباب هذا الاحتقان الكبدى يعتبر اما تواردياً أو احتباسيا فالاحتقان التواردى والاحتباسى عند شخص واحد بسبب اشتراك مفعول اسبابهما

ومن اسباب الاحتقان التواردى الافراط فى الاكل والاهمال فى الرياضة والاكثار من المشروبات الروحية والبهارات القوية ويشاهد الاحتقان عقب اصابة الكبد الجرحية وتصحب آفاته الموضعية كاورامه ويحصل فى سير بعض الامراض العفنة كالحميات الآجامية والتيفودية والتيفوس الطفحى والحمى الراجعة والالتهاب الرئوى الليفى والحرا والاسقربوطو والدوسنطاريا وقد يتعلق الاحتقان الكبدى بانقطاع الحيض او بالبواسير أو بأمراض الرحم والمبيضين او بالنقرس او باضطراب المراكز العصبية والانفعال المنعكسة

وأما الاحتقان الاحتباسى فيتعلق غالبا بآفات القلب والرئتين واورام الحجاب المنصف حتى تعيق الدورة الوريدية فى الاجوف السفلى او ينشأ من آفات البريتون التى يتسبب عنها ضغط الاجوف السفلى والاوردة الكبدية

والاحتقان الكبدى الذى يتعلق بامراض القلب يعبر عنه بالكبد القلبى او الجوزى الطيبى وآفات الصمام المترالى

والتريكوسبيد غير المتكافئة تحدث الاحتقان الكبدي أكثر من آفات الصمامات
الشريانية ويحصل الاحتقان الكبدي دائما من ألكاشكسيا القلبية سواء
كانت متعلقة بإصابة الصمامات أو الطبقة العضلية للقلب

وأما الاحتقان الكبدي المتعلق بأمراض الجهاز التنفسي فيشاهد عادة في
الانفيزيما الرئوية والربو وسيروز الرئة وفي النزلات الشعبية المزمنة
والالتهاب البليوراوي لاسيما اذا حصل التحام الرئة بجدار الصدر في
امتداد عظيم

وينشأ هذا الاحتقان الكبدي في الغالب عند الكهول وعند الرجال والنساء
سواء تقريبا ويكثر حصوله في الاقاليم الحارة وبقرب خط الاستواء

(التشريح المرضي) الاحتقان التوارني فانه يكون عاما في الكبد قاصرا على
جزء منه ويتصف باحمرار منسوج الكبد باستوائه وتورمه بالدم بحيث يسيل من
سطح الشق بمقدار زائد

وأما الاحتقان الاحتباسي فيكون عاما للكبد بحيث يتزايد حجمه وقطره المستعرض
والمقدم الخلفي وتستوي محفظته وتصير ملسة وتستدير حافاته بعد أن
كانت حادة وتتلون وجهته حمرا بسبب انتفاخ حافاتها ويزداد قوام الكبد
ويحفظ اثر ضغط الاصبع عليه بسبب ارتشاحه الاوزيماوي وبالشق
يسيل منه كثير من السائل المصلي المحمر ويكون سطح الشق في الابتداء
شبيها بجوز الطيب بسبب تلون مركز الفصيصات الكبدية باللون الأحمر
الناصع وتلون دائرها باللون السنجابي وبالبحث عنها بالمكروسكوب يوجد أن
التلون المركزي متعلق بتمدد الاوردة الكبدية واحتقانها المفرط وأن التلون
الدائري متعلق بالخلايا الكبدية التي تنضغط بين الفروع الوعائية ثم تتلاشى
وتخلف عنها حبيبات فيغمانتية صفراوية وبللورات إيماتية وحبيبات شحمية
وبالنظر لوجود هذه العناصر في الدائر مع خفة درجة الاحتقان فيه بالنسبة
لمركز الفصيصات يتضح اختلاف في اللون فيهما واكتساب الكبد لون جوز الطيب

ومتى ازمن الاحتقان الكبدى ربما انتهى بالضمور الاحمر الذى يتصف باستواء اللون فى الفصيصات الكبدية واكتساب سطح شقتها هيئة لحبيبات وبالبحث عنها بالميكروسكوب توجد محتقنة جدا فى المركز والدائر والخلايا الكبدية متلاشية ويحل محلها منسوج خلوى حديث التكوين قابل للانكماش ينشأ من انكماشه ضيق الاوعية وضمور الكبد واستحالة السيروزية

واحتقان الكبد الاحتباسى لابد وان يصحبه احتقانات دكودية فى احشاء مجموع الوريد الباب كالامعاء والمعدة وتمدد الاوعية الباسورية ويحتقن الطحال أيضا والبنكرياس والكلا والرحم متى امتدت اعاقة الدورة الى الوريد الاجوف السفلى

(الاعراض) يحتس المريض بثقل فى المراق الايمن يزداد عند الجلوس والرقاد على الجهة اليمنى ويصير مؤلما عند الرقاد على الجهة اليسرى وربما امتد التألم الى الكتف والذراع الايمن ويصحبه قصر فى التنفس بسبب قصر حركات الحجاب الحاجز ويتألم المريض من الضغط على قسم الكبد وربما تظهر عنده بعض علامات اليرقان وقد تكون هذه الأعراض خفيفة جدا بحيث لا يشتكى بها المريض وأول ما تظهر عنده تمدد الكبد مع مرونة حافته السفلى وانخفاضها وتحديب الاضلاع الأخيرة وبالجس يوجد سطح الكبد مستويا وبالقرع يوجد اصما واصميته ممتدة بعيدا عن محلها المعتاد ومن المعلوم ان الأصمية الطبيعية تحدد من اعلا فى الخط الثديى بحذاء الحافة السفلى للضلع السادس ومن اسفل بحذاء قاعدة الصدر ومن الانسية بحذاء الخط الممتد من النتوء الخنجرى الى السرة ويلزم اجراء الجس مع القرع لاجل تحديد الكبد بالدقة

واما اذا عقدت البطن بالارتشاح الزقى فيتعذر تحديد الكبد فاذا كان مقدار السائل قليلا يمكن الوصول اليه بالدفع على جدر البطن فجأة بواسطة الاصابع المنضمة أو يجثو المريض على ركبتيه لاجل سقوط الكبد على جدر البطن فيسهل الوصول اليه وعلى كل حال فمتى صار استخراج السائل تتضح حدود الكبد

ويجب اغتنام هذه الفرصة لاجل الفحص

وأما اليرقان الذي يصحب احتقان الكبد فيتميز بخفته ورعا انحصر اللون الصفر في الملتحمة والوجه او امتد على الجذع ولا يصيب الاطراف الا نادرا واذا كان الاحتقان متعلقا بآفة الصمامات القلبية فينضم اللون اليرقاني الى اللون المسياموزي ويكتسب الوجه لونا اصفر مخضرا كابيا يكفي وحده في الاستدلال على التشخيص عند الطبيب المتمرن عليه ومتى كان الاحتقان بسيطا وغير متضاعف بنزلات المسالك الصفراوية فان البول يحتوي على اثر الصفراء ولا تفقد الصفراء من المواد الثفلية

وقد يتضاعف احتقان الكبد بالاستسقاء الزقي ولكن لا يشاهد هذا الاستسقاء عادة الا اذا وصل الاحتقان الى دور السيروز وتعددت الدورة الوريدية في الكبد وأما اعراض النزلة المعدية المعوية كفقد الشهية والغثيان والقيء والامساك او الاسهال التي قد ترافق احتقان الكبد فانها تتعلق بركود الدورة الناشئ من المرض الاصلي الذي يحدث منه الاحتقان الكبدي والبواسير والاوذيما والبول الزلالي ايضا تتعلق بالسبب الاصلي

وحاصل احتقان الكبد الاحتباسي اختلاف في حجمه من وقت الى وقت آخر بسبب طبيعة نسيجه الاسفنجية

(التشخيص والانذار) يسهل تشخيص الاحتقان الكبدي بالنظر لوجود المرض الاصلي الذي تسبب عنه ركود الدورة الوريدية وعدد الكبد الذي يتنوع بالاثبات

واما الانذار فانه يتوقف على المرض الاصلي لان احتقان الكبد لا يتسبب عنه الموت وانما يساعد على الخطاط القوى وعلى تقدم الخطر السببي

(المعالجة) معالجة الاحتقان الكبدي المهمة ينظر فيها الى السبب فتعالج امراض القلب والرئتين بما يوافق ويجتنب الافراط في الاكل والمشروبات والبهارات ويؤمر بالرياضة او تستعمل الحمية اللبنية عند اللزوم

ولأجل

ولاجل تخفيف الاحتقان والارتشاحات يمكن فعل الحجامة الموضعية او ارسال الدود على المراق الايمن او الشرج واستعمال المسهلات النباتية كالراوند والسنا والصبر والحنظل او تعاطي المياه المعدنية المرة كبولنا وبين مسند رورف او يرسل المريض الى المياه المعدنية كهومبورج وكسنجن ومارينباد وكارلسباد وتارسب او يرسل للملحة بالعنب او اللبن في الجهات المخصوصة بذلك كمران وبوزين وبادين وايكس واذا لم تكف هذه المعالجة وكان الاستسقاء الزقي مفرطا يفعل البذل ويكرر على حسب اللزوم

واذا كانت الاحتقانات قوارديا يلطف بالفصد الموضعي ووضع الجليد على قسم الكبد واعطاء المسهلات واذا كان متعلقا بفقد الحيض او البواسير يرسل العلق على الرحم او الشرج ويفعل حمام قدمي ساخن او خردلي واذا كان الاحتقان متعلقا بالمياسم الاجامي يلزم استعمال سلفات الكينا والزرنيخ وتغيير الهواء والمكان

(المبحث الرابع في التهاب الكبد)

الالتهاب الكبدي الذاتي نادر الحصول جدا ولا يحدث من تأثير البرد كالالتهاب الرئوي مثلا وربما يحصل عقب الاصابات الجرحية كالجروح النافذة والرض والالتهاب الكبدي الاكثر حصولا هو الالتهاب التابعي وانواعه ثلاثة الاول الالتهاب الحاد التقيحي ـ الثاني الالتهاب المزمن السيروزي الثالث الالتهاب الاصفر الضموري الحاد ولنشرح هذه الانواع كل على انفراده فنقول

(اولا في الالتهاب الكبدي الحاد التقيحي * اي الالتهاب الجوهري)

الالتهاب الذاتي البسيط لا ينتهي بالتقيح الا في احوال استثنائية والالتهاب التابعي ينتهي عادة بالتقيح لانه ينشأ عن اسباب عفنة ويكون الالتهاب التقيحي على نوعين فانه اما ان يجمع الصديد في بورة واحدة او في عدة بورات منتشرة

(الاسباب) ١ الالتهاب التقيحي المتعدد الخراجات له جملة اسباب وهي او لا

الامتصاص الصديدي الذي يضاعف الآفات المختلفة كالجروح والعمليات الجراحية وآفات العظام التقيحية والجدري وحمى النفاس ونحو ذلك وكذا الامتصاص العفن الذي يشاهد في الالتهاب العفن للغشاء الباطن للقلب والالتهاب الوثوي الليفي الحاد والالتهاب الشعبي المنتن والمراد باصابة الكبد هنا هو وصول الميكروبات القيحية والعفنة بواسطة الدورة الوريدية العامة – ثانيا التهاب الوريد الباب وفروعه الكبدية وسدده والتهاب الاحشاء التي ترد منها فروع الوريد الباب كالامعاء والمستقيم والمعدة والطحال والبنكرياس والتهاب الاوردة الكبدية او الاوردة السرية التي تحصل عند الاطفال الحديثي الوضع فان جميع هذه الاسباب تؤثر على الكبد بغير واسطة ويتسبب عنها التهاب جوهري او سدد شعرية بعضها تكون خراجات عديدة قيحية – ثالثا التهاب المسالك الصفراوية وحصواتها التي تؤثر على منسوج الكبد بالمجاورة وتوجب حصول تقيحات للمنتشرة – رابعا الاكياس الديدانية التي تلتهب وتتقيح خامسا سرطان الكبد ودرنه او سرطان الاحشاء المجاورة كالمعدة والاثني عشري او تقرحاتها التي تتصل الى الكبد

واما الالتهاب التقيحي ذو الخراج الوحيد فانه نادر الحصول في الاقاليم المعتدلة ويشاهد عادة في الاقاليم الحارة كالهند والسنغال وجميع افريقيا ويصيب بالاكثر الكهول من الرجال زيادة عن النساء في نسبة ٢٣ وهو يتعلق غالبا بالدوسنتاريا ويعقبها او يعقبها وقد يسبقها وقد يشاهد في بعض الاحوال منفردا غير متعلق بالدوسنتاريا وانما يتعلق بالاسباب المحلية التي تحدث الدوسنتاريا (بود موريتيسون) ومما يزيد الاستعداد لهذا الالتهاب في البلاد الحارة الافراط في المشروبات الروحية واكل اللحوم ولذلك يصيب الاورباويين اكثر من الوطنيين المعتادين على القناعة الطبيعية وبعضهم نسب للمياسم الاجامي تاثيرا في الاستعداد للخراج الكبدي

(التشريح المرضي) الخراجات المتعددة التي تنشأ من الامتصاص الصديدي

بسبب الفصيصات الكبدية وبتدرّق باحتقانها الاكيموزى وامتلاء الاوعية بالكرات الحمرا والبيضاء ثم ترتشح الفصيصات بالكرات البيضا وتضغط الخلايا الكبدية وتخيب وتضمر وتظهر الكرات القيحية وينشأ من ذلك خراجات دخنية تتسع وتتصل بالخراجات المجاورة ويصل حجمها الى قدر الفولة او البندقة ومتى امتد الالتهاب الى فريعات الوريد الباب تنشأ عنه سدد تساعد على امتداد الالتهاب وتعدد خراجاته ونفحص خراجات الكبد المهاجرة المذكورة خراجات شبيهة بها فى الاحشاء الوعائية الاخرى كالرئة والمخ والطحال

والتهاب فريعات الوريد الباب سواء كان محدودا فى نسيج الكبد او تابعا لاصابة الاحشاء الوعائية الاخرى كالرئة والمخ والطحال فانه فى مبدأ ينتسب عنه نضح من نسيج خلوى جنينى يحيط بالاوعية على هيئة كم وينفسد جدرها ويمتد الالتهاب الى منسوج الكبد ويعقبه تكون خراجات عديدة بطول الاوعية الملتهبة او ينشأ من التهاب الاوعية المذكورة سدد ذاتية وسدد سيارة يعقبها انسداد الفريعات الصغيرة وانيميا الفصيصات الكبدية ثم استحالتها الى الحالة الجبنية الشحمية ثم يظهر فيها التقيح بسبب وجود الميكروبات القيحية

واما التهاب المسالك الصفراوية الذى يعقب انسدادها او حصواتها الصفراوية فانه ينشأ عنه نضح خلوى جنينى يحيط بها كالغمد وتتآكل جدرها ويمتد الالتهاب الى جوهر الكبد ويعقب ذلك تكون خراجات عديدة

وبعضهم يزعم ان الخلايا الكبدية تساعد على تكون الصديد (هوبلر) والبعض ينفى ذلك (فاج)

والتهاب الاكياس الديدانية تتسبب عنه خراجات صغيرة او كبيرة على حسب حجم الاكياس وعددها وسنذكرها فيما بعد مفصلة

واما خراج الكبد الذى يشاهد فى البلاد الحارة فانه لا يكون متعددا الا فى احوال استثنائية بل يكون فى العادة وحيدا محدودا فى احد الفصوص خصوصا

في الفص الايمن ويكون سطحيا او غائرا ويختلف حجمه فيكون في حجم البندقة أو الجوزة وقد يصل الحجم رأس الطفل ويحتوي على مقدار من الصديد يختلف من بعض جرامات الى أكثر من اللتر ويشغل الفص الكبدي بتمامه ويكون صديد الخراج في الغالب حميدا قشطيا ومتى ازمن يكتسب رائحة نافذة نوشادرية وقد تكون منتنة ويصير لونه مسودا محمرا شبيها بلون النبيذ أو الشوكولاتة او يصير مصفرا أو مخضرا بسبب امتزاجه مع الصفرا وقد ينسكب فيه الدم ويكتسب لونه وبالبحث عنه بالميكروسكوب يشاهد فيه كثير من الحبيبات الدسمة الممتزجة بالسائل القيحي كالمستحلب ويوجد معظم الكرات القيحية منفسدا حبيبيا وتصحبه ميكروبات قيحية متعددة وبالبحث عن جدر الخراج الحديث التكوين توجد متعرجة غير منتظمة او ممزقة ومنتقعة بالصديد الذي يتكاثف فيها على هيئة القشطة أو الجبن ومتى ازمن الخراج تغضوت جدره على هيئة محفظة غشائية مبطنة بازرار لحمية ومع الزمن تكتسب المحفظة المذكورة قواما غضروفيا ويصير المنسوج الكبدي بجوارها باهتا هشا أو رخوا او في حالة تشويه ويزداد حجم الكبد جدا حتى انه قد يصير ضعف حجمه الطبيعي وأما اذا انفتح الخراج فان محتوياته ينصب اما في الظاهر على سطح الجلد أو في الباطن في تجويف البريتون أو التجاويف المصلية الاخرى كالبليورا والتامور او ينسكب في الاعضاء المجوفة كالمعدة والامعاء وحويض الكلا والشعب أو في الاوعية كالوريد الاجوف والباب وتتسبب عن ذلك اعراض وعوارض شتى مدة الحياة

(الاعراض) ليس من النادر مشاهدة خراج الكبد بالصدفة في جثة شخص لم يشتك مدة حياته باعراض كبدية وفي مثل هذه الاحوال الكامنة ربما يصل الخراج الحجم كبيرا بالنظر لتكيسه وانعزاله عن نسيج الكبد بمحفظة سميكة فان المريض ربما يستمر متمتعا بظواهر الصحة التامة ولا يعلم بوجود الخراج الا متى انفجر وخرج الصديد في البراز والبول مثلا أو انفتح في الشعب

او على سطح الجلد وقد تكون الاعراض الموضعية مفقودة
وتنحصر الاعراض العامة في الاحساس بتعب وقشعريرة وحركة حمية خفيفة
تاتي على نوب او تكتسب الاعراض اوصاف الحمى المتقطعة الآجامية بحيث تاتي
على نوب في اوقات معينة ومصحوبة بالقشعريرة والحرارة والعرق فاذا كان
المريض مصابا من قبل بالملاريا ومعه انتفاخ في الطحال يصير الالتباس اقوى
وقد تكتسب الاعراض اوصاف الحمى التيفودية مع جفاف الفم وتغطية الشفتين
بالقشور وارتفاع الحرارة وفقد المعقولية او الهذيان وانتفاخ البطن
وظهور بقع الوردية او الوهابية والاسهال وتمدد الطحال
وما عدا هذه الاحوال الاستثنائية فان الالتهاب الكبدي التقيحي يتصف
باعراض واضحة وعلامات مخصوصة فيحس المريض بالم اصم او ناخس في حذاء
الكبد يزداد بالضغط وبالحركة والسعال والتنفس ويصحبه الاحساس بتوتر
وثقل في المراق الايمن حتى ان بعض المرضى يرقد على جنبه الايمن ويتقوس
الى الامام ويثني فخذيه على بطنه لاجل استرخاء جدر البطن وتخفيف الضغط
على الكبد ويتشعع الالم عادة نحو الكتف المسامت وربما اكتسب في
الكتف شدة اقوى من الم المراق وربما تشعع نحو الذراع الايمن وقد يحس
به المريض ايضا في الكتف الايسر وهو نادر وبعضهم يزعم ان آلام الكتف
لا تحصل الا اذا كان الخراج قريبا من السطح المحدب للكبد بحيث تتوتر محفظة
جليسون بقوة (انيسلي)
وقد يصحب الآلام الكبدية سعال جاف قصير ينسب الى الفعل المنعكس
ويسمى بالسعال الكبدي او يحصل عسر في التنفس ينسب الى ضغط الرئة وعطل
حركات الحجاب الحاجز
ثم ان الآلام الكبدية المذكورة قد تكون غير مصحوبة بالحمى وانما يشتكي
المريض بالتعب وفقد الشهية والغثيان والقيء والامساك او الاسهال
مع ارق زائد واختلاط في القوى او يصحب الآلام الكبدية ارتفاع في

الحرارة ربما بلغ الى درجة ٤٠ او ٤١ وارتعاش وقشعريرة وعرق وسرعة في النبض وتكتسب الحمى سير الحمى المتقطعة او سير حمى الدق فيضعف النبض ويصير دقيقا رخوا ضعيفا ويتقدم الضعف ويبهت الجلد وتتكرر القشعريرة وتلك القشعريرة هنا لا تدل على حصول التقيح دائما (مورهيد) وقد يصحبها اليرقان ولكنه لا يشاهد الا في احوال استثنائية اذ تسبب عنه ضغط القناة الصفراوية وانسدادها وكذلك الاستسقاء الزقي لا يحصل الا اذا ضغط الخراج على الاوعية المجاورة واعاق سير دورة الوريد الباب او الاوردة الكبدية

وبالبحث عن الكبد يوجد تزايدا في الحجم بدرجة مختلفة على حسب مجلس الخراج وحجمه فترتفع حافته العليا وتنخفض حافته السفلى ويحدب قسم الكبد وتندفع الاضلاع الى الخارج وتضيق المسافات بينها وتمكن رؤية انخفاض وارتفاع الورم مع حركات التنفس ويلزم تكرار القرع مع الجس لاجل تحديد الكبد ومن المهم التنبيه الى ان تمدد الكبد هنا يصحبه توتر ومقاومة في نسجه وعدم انتظام في سطحه او حافته ربما تحس به اليد والاحساس بالانتفاخ والبروز للتوتر او التموج في نقطة محدودة امر مهم في التشخيص خصوصا اذا كان الالم ايضا متزايدا في حذاء النقطة المذكورة وربما تسبب من الضغط على الكبد ثوران آلام الكتف والسعال الكبدي وقد يسمع في حذاء الكبد احتكاك واضح ينسب الى التهاب البريتون واحتكاكه وريقتيه مدة صعود وانخفاض الكبد مع الحجاب الحاجز ومن العلامات المهمة التي تصحب التهاب الكبد توتر وبروز الجزء العلوي من العضلة المستقيمة البطنية اليمنى الذي ينسب لتأثير الفعل المنعكس لآلام الكبد وانما هذه العلامات لا تعلن بتكون الخراج كما زعم بعضهم

ثم ان التقيح في الالتهاب الكبدي يبتدئ من اليوم الثامن الى الثاني عشر وقد يحصل بدون ثوران الاعراض وبدون حركة حمية فيعبر عنه بالخراج الكامن او يصحبه شدة في الالتهاب والاعراض العامة وفي الحالتين لا يتيسر تشخيصه

الا اذا

الا اذا بلغ حجمه درجة كافية وبرز نحو سطح الكبد وأمكن الاحساس فيه بالتوتر والتموج المخصوصين ومتى تكوّن الخراج فانه اما ان يستقر ثابتا مدة اسابيع أو اشهر او انه يميل الى الانفجار فى مسافة اسبوعين الى ثلاثة بعد ظهوره

واذا كان الخراج سطحيا يتسبب عنه التهاب بريتونى يوجب التصاقه بالجدر البطنية وبالاحشاء المجاورة ومتى انفجر الخراج قبل حصول الالتصاق التام ينسكب الصديد فى البريتون فيلتهب ويهلك المريض

واما اذا انفجر الخراج بعد الالتصاق التام فانه ربما ينسكب الصديد فى عضو مجوف كالمعدة والامعا أو فى حويض الكلا ويخرج ذلك الصديد مع البراز او البول وفى احوال اخرى يؤثر الخراج على الحجاب الحاجز ويثقبه وينسكب الصديد فى البليورا أو التامور ويهلك المريض او ينسكب فى الصدر بعد التحام وريقتى البليورا ويخرج الى الخارج بواسطة الشعب وقد ينسكب الصديد فى الوريد الاجوف السفلى فيهلك المريض بسرعة أو ينسكب فى الحوصلة المرارية ثم يصل الى الاثنى عشرى ويخرج مع البراز وقد ينفتح الخراج فى الجلد بلا واسطة او يسرى الصديد فى قناة ناسورية وينفتح فى الجلد بعيدا عن البورة فى السرة أو الاربية أو تحت الابط أو بعيدا عن ذلك فى الاطراف ويسبق انفتاح الخراج فى الظاهر احمرار الجلد وارتشاحه الاوذيماوى ثم يبرز ويرق وينفتح منه الصديد أو يخرج على هيئة سلسول

ومتى انفتح خراج الكبد فاما ان ينتهى بالشفا ويتم ذلك ببطئ زائد بسبب توتر جدر الخراج وعدم تقاربها واستمرار التقيح حتى تملأها الازرار اللحمية وتتكون الندبة أو يعقب الشفاء ناسور مزمن لا نهاية له أو يعقب فتح الخراج ودخول الهواء فى تجويفه تعفن جدره أو نتانة الصديد وحصول الضعف والنهوكة من افراط التقيح أو يتعرض

المريض لاخطار الامتصاص الصديدي والتسمم العفن
واذا لم ينفتح الخراج وكان صغير الحجم فانه قد يمتص صديده
واذا تكيس الخراج فان صديده يتكاثف ويصير جبنيا أو يتحجر وتعتبر
هذه الانتهاآت شفائية حميدة
(التشخيص) يستدل على خراج الكبد من العلامات التي سبق شرحها في
الاعراض ومن وجود احد اسبابه المهمة كالدوسنتاريا ولا يلتبس بالالتهاب
البريتوني المحيط بالكبد ولا بالتهاب محفظة جليسون لان الآلام في هذا
المرض اقوى وأشد لاسيما عند الضغط والتنفس القوي والحركة وقد
يسمع في حذائه مدة التنفس احتكاك شبيه بالاحتكاك البليوراوي
والتهاب محفظة جليسون يحدث في الغالب تشوها في شكل الكبد بدون
تزايد في حجمه
واذا اشتهرت علامات الخراج واضحة يلزم تعيين مجلسه بالدقة لانه
ربما كان مجلسه في الجدر البطنية فقط فتكون حافته حينئذ سليمة وتتميز
خراجات جدر البطن بكونها لا تتبع حركات التنفس واذا كانت متعلقة
بتسوس الاضلاع والساموز العظمي يصحبها الم في النقطة المصابة يشتد
بالضغط عليها
وأما الاكياس الديدانية المتقيحة فاذا لم يعاينها الطبيب قبل التهابها ربما
تلتبس بالخراج ولكن بالبحث الميكروسكوبي عن متحصلها يستكشف فيها
اثر الديدان ولا تلتبس الحوصلة المرارية المتقيحة بخراج الفص الايمن لانها
تكتسب هيئة ورم كمثري منتظم
ولا يلتبس خراج الكبد بالالتهاب البليوراوي لان انضغاط حافة الكبد
العليا تصير في خراجه غير منتظمة ومرتفعة من الامام اكثر من الخلف
بعكس الانسكاب البليوراوي
(الانذار) الانذار في الغالب ردئ ما لم يحصل اسعاف للمريض بانفتاح الخراج
بنفسه

سنفسه في الأمعاء او الشعب او بالسلاح ولا يأمن المريض من النكسات بعد الشفاء مالم يهاجر من البلاد الحارة

(المعالجة) تختلف المعالجة في ابتداء الالتهاب وبعد التقيح وتكون الخراج

اما في ابتداء الالتهاب فاستعمال عرق الذهب في الهند كان مفيداً كما فادنه في الدوسنتاريا فيعطى مسحوقاً او منقوعاً (من ١ : ٣ جـ) ولمنع القيء يضاف اليه الافيون أو يتعاطى مع المركبات الانتيمونية ولاجل تخفيف الألم تفعل حقنة مورفين تحت الجلد وتوضع الضمادات الدافئة على قسم الكبد واذا كان الالتهاب حاداً يرسل العلق على قسم الكبد او الشرج او تفعل الحجامة الجافة

وبعضهم يستعوض الضمادات الدافئة بوضع الجليد في مثانة على قسم الكبد ويعطى من الزيبق الحلو مقداراً مسهلاً من الباطن ومتى تلطف الالتهاب تستعمل صبغة اليود من الظاهر او يدلك الجلد بالمراهم الزيبقية او اليودية او توضع الحراريق لاجل سهولة تحليل الالتهاب وانصرافه

واما اذا حصل التقيح وتكون الخراج باليقين فتلزم المبادرة في فتحه اما بالشق او بالبط أو بالمص ويرجح البط والمص في الخراجات الصغيرة ويرجح الشق اذا كان الخراج كبيراً وفي هذه الحالة يمكن توسيع فتحة الشق بقطع قطعة من الضلع ويلزم التحقق قبل فتح الخراج من حصول الالتحام التام بين الكبد وجدر البطن كما تلزم مراعاة شروط التطهير ومضادات العفونة بغاية الدقة

(ثانياً في التهاب الكبد المزمن الخلالي او سيروز الكبد)

هذا المرض يعبر عنه أيضاً بالالتهاب الليفي وتيبس الكبد ولفظة (سيروز) كلمة يونانية معناها الأصفر وأول من وضعها لهذا الداء هو المعلم (لاينك) وبعضهم استحسن لها لفظة اسكليروز التي يقصد بها التيبس ولكن لفظة السيروز هي الأكثر استعمالاً

والسيروز هو التهاب مزمن مجلسه النسيج الخلوى بين الفصيصات الكبدية يتسبب عنه نمو هذا النسيج واستحالته الى حالة ليفية ثم انكماشه وانضغاط الفصيصات الكبدية بجواره ثم تلاشى المنسوج الجوهرى للكبد بالكلية وهذا الالتهاب ليس له استعداد للتقيح وينشأ عنه اما ضمور الكبد كما يشاهد فى الاسكليروز الضمورى الجيبى أو ضخامة الكبد كما يشاهد فى السيروز الضخامى الصفراوى وغيره

وانواع السيروز المهمة هى السيروز الضمورى الجيبى والسيروز الضخامى الصفراوى والسيروز الضخامى غير الصفراوى ولنشرحها على هذا النسق فنقول

(فى السيروز الضمورى الجيبى)

هذا السيروز يسمى بالسيروز الكؤلى وسيروز لاينك لأنه أول من شرحه والسيروز الضمورى المزمن

(الاسباب) اهم اسبابه هو الافراط فى المشروبات الروحية والبهارات القوية المهيجة لفروع الوريد الباب وما يهيئ له التعرض للبرد والبارد وقد يحصل عقب الحمى التيفودية والدوسنتاريا او الكوليرا وقد يكون الزهرى والدرن والبول السكرى وداء برايت وانما هذه الاسباب فى الغالب تحدث السيروز الضخامى لا الضمورى

والسيروز الكبدى يصيب الرجال اكثر من النساء ويشاهد غالبا بين سن ٣٠ و ٤٠ وهو نادر عند الاطفال وقد يشاهد فى سن الشيخوخة واكثر حصوله فى جهة الشمال وفى انجلترا وفى الموانى البحرية وينسب ذلك لكثرة استعمال المشروبات الروحية فى تلك الجهات واما فى الهند والبلاد الحارة فينسب حصوله لكثرة استعمال البهارات القوية كالفلفل الأحمر

وقد لا تعلم للسيروز الكبدى اسباب واضحة وقد يكون ثانويا محدودا حول الاورام الكبدية كالسرطان والاكياس الديدانية او يكون متعلقا بالاحتقان الكبدى

الكبدية الركودي الناشئ من آفات القلب فيعبر عنه بالسيروز الجوزي الطبيعي
او السيروز الاحمر وقد سبق الكلام عليه في احتقان الكبد فليراجع
وقد يتضاعف السيروز الضموري ايضا بالاستحالات الشحمية والنشوية
والصفانية والعقدية او السرطانية ويسمى بالسيروز المشترك الشحمي
او النشوي الخ ونحو ذلك

(التشريح المرضي) يتميز السيروز الضموري بدورين الأول دور التمدد
والاحتقان والثاني دور الانكماش والضمور ولكن لا يتيسر تمييز هذين
الدورين في الاكلينك حتى ان بعضهم ينكر الدور الأول بالكلية وأما الدور
الثاني اى دور الضمور فانه يتصف بصغر حجم الكبد بقدر النصف أو
الثلثين وبنقص وزنه فبعد أن كان وزنه الطبيعي نحو ١٥٠٠ جم ينقص
الى أن يبلغ نحو ١٠٠٠ جم أو ٨٠٠ أو أقل ويصيب الضمور الفص الايسر
خصوصا وحافة الكبد فتتشوه جدا وتفقد حدتها الطبيعية
ويتغير لون الكبد فبعد اذ كان محمرا يصير مبقعا بنقط مصفرة وبقع
سنجابية ويصير سطحه غير مستو وعليه بروزات مصفرة عديدة شبيهة
برؤوس المسامير وقد تصل لحجم الفولة او البندقة أو أكثر ويكون
البريتون المغطى له مبيضا صدفيا شبيها بالصفاق وملتصقا بالاحشاء
المجاورة كالمعدة والقولون أو يكون خلويا منتفخا اوديماويا ومصحوبا بانسكاب
مصلي وتكون محفظة جليسون ايضا ملتهبة معتمة وسميكة وملتصقة جدا
بنسيج الكبد ولا يشاهد في الحويصلة المرارية الا قليل من الصفرا
الباهتة كالتبن

ويكتسب نسيج الكبد قواما متينا يقاوم ضغط الاصابع ولا يؤثر فيه
الظفر الابهامي ويئز تحت المشرط كنسيج الأوتار أو الغضاريف
ويكون سطح الشق مستويا بسبب بروز الفصيصات الكبدية المحتقنة
فيه على هيئة حبوب مصفرة في حجم رأس الدبوس أو الحمصة أو البندقة

ويكون النسيج الخلوى حولها ناميا سنجابيا وينسب اللون المصفر هنا الى استحالة الخلايا الكبدية الى الحالة الشحمية وتلونها بالمادة الملونة للصفرا وهو السبب فى تسمية هذا المرض بالسيروز الجيبى

وبالتامل فى نسيج الكبد يرى بالعين العارية تكاثر النسيج الخلوى حول الفصيصات الكبدية على هيئة شبكة لونها سنجابى باهت تبرز قليلا على سطح الشق وتوجد الفصيصات الكبدية مفقودة فى بعض النقط ومستعوضة بالنسيج الخلوى المذكور

وبالبحث عن تقدم هذه الآفات بواسطة الميكروسكوب توجد النسيج الخلوى مرتشحا بكرات جنينية بجوار فريعات الوريد الباب ويصحبها التهاب هذه الاوردة الظاهرى والباطنى ثم تتكاثر الكرات الجنينية وتستطيل وتتكون فيها نواة تصير مغزلية أو بيضية الشكل تحيط بالفصيصات الكبدية على هيئة حوية وهذا هو السبب فى تسمية الضمور الجيبى ايضا بالضمور الحلقى ثم ينشأ من هذه الحوية خيوط تمتد وتغور فى نفس الفصيصات ثم ان هذا النسيج الخلوى الحديث التكوين ينكمش ويخنق الفصيصات ويضغط على فريعات الوريد الباب فيسدها ويتضاعف بالسدد الذاتية والسيارة فيمتنع ورود الدم الى الخلايا الكبدية التى تتلاشى وتستحيل الى الحالة الشحمية وتترشح بالمادة الملونة للصفرا ولا يبقى فى منتهى الأمر اثر من الفصيصات الكبدية المصابة وحيث ان الارتشاح الخلوى يبتدئ من دائر الفصيصات الى مركزها فيستمر مركز الفصيص محترما مدة بعد فساد الدائر وتلونه باللون المصفر ومما يساعد على استحالة الخلايا الكبدية الى الحالة الشحمية تأثير الكؤول الذى هو السبب المهم فى حصول السيروز عند المدمنين على الخمر

ومما يثبت انسداد فريعات الوريد الباب فى السيروز هو فعل الحقن الصناعى فيرى ان مواد الحقن لا تنفذ فى فريعات الوريد الباب ولكنها تنفذ فى فريعات الشريان الكبدى وتستقر فى الاوردة الكبدية ومتى امتنعت دورة

الوريد

الوريد الباب في الكبد تنمو فريعات الدورة الجانبية وتعوضها وسنعيد الكلام على شرح الدورة الجانبية المذكورة عند ذكر الاعراض

وقد تتكون فريعات وعائية عديدة توصل الشريان الكبدي بفريعات الوريد الباب التي لم يتم انسدادها (فوريكس) ومتى تقدم الضمور الكبدي الى درجة كبيرة تصاب فريعات الشريان الكبدي والاوردة الكبدية ايضا وتضيق بدرجة مختلفة

وأما المسالك الصفراوية فانها لا تصاب الا بدرجة جزئية في الضمور السيروزي ولذا لا تحصل اعاقة مهمة في سير الصفرا ولا يظهر اليرقان الا بدرجة خفيفة

وقد يتضاعف الضمور السيروزي بالاستحالة الشحمية أو بالسرطانات وأما تضاعفه بالاكياس الديدانية والخراجات فلا يشاهد الا في أحوال استثنائية

وينشأ من انسداد فريعات الوريد الباب اعاقة الدورة في مجموعه وركود الدم في الاحشاء التي ترد منها فروعه كالمعدة والامعاء والطحال والبريتون ويتسبب من ذلك احتقان ودوالي هذه الاحشاء ونوازلها وانكيموزاتها والارتشاحات المصلية في البريتون ويكون المري في الغالب ايضا مصابا بالدوالي في نصفه السفلي وكثيرا ما تنشأ عن ذلك انزفة خطرة

وبالبحث عن الكلا توجد في الغالب محتقنة اوملتهبة اوضامرة ولا تنسب آفات الكلا هنا الى تأثير الكوئل لان ضمور الكلا يشاهد في السيروز الاصفر اكثر منه في السيروز الضموري بجملة مرات والحال ان الكوئل لا دخل له في حصول هذا المرض الأخير

وبالبحث عن القلب يوجد مصابا بالاستحالة الشحمية واغشيته المصلية ملتهبة وقد يصحب ذلك انسكابات مصلية في التامور والبليورا

وأما الرئة فأنها تصاب غالبا بالالتهاب الاوزيماوى أو بالتدرن ويصحب ذلك نوازل شعبية عامة

(الأعراض) أعراض السيروز الضمورى تكون ابتداء غير واضحة وتشبه أعراض النزلة المعدية المعوية فيشتكى المريض بفقد الشهية ويتغطى اللسان بطبقة وسخة ويحصل عنده تجشؤ وامساك أو اسهال وتنتفخ المعدة ويحس بثقل فى قسم الكبد وقد تحصل عنده انزفة مختلفة فى أول الأمر كالرعاف والقيئ أو البراز الدموى وحيث ان هذه الأعراض تصحب الادمان على الخمر ايضا فرعا يقل اعتبارها الى ان تظهر الاعراض المهمة للسيروز التى تتضمن تنوع حجم الكبد وانتفاخ الطحال والاستسقاء الزقى واوزيما الاطراف والنحافة العامة وجفاف الجلد وتلونه بلون ترابى

اما الكبد فأنه يتزايد قليلا فى الابتداء ثم يصغر حجمه لاسيما فى هذا المرض الاسير فتقل اصميته وتستعوض برنانية واضحة واذا كان الشخص نحيفا يحس ببروزات سطح الكبد واستدارة وعدم انتظام حافته السفلى ولا يسهل تمييز صفور الكبد اذا كانت البطن ممتدة بالغازات أو بالاستسقاء الزقى ولكن متى صار استفراغ السائل المصلى واسترخاء جدر البطن يتميز حجم الكبد بسهولة واذا كان مقدار السائل غير مفرط يمكن الوصول الى الكبد متى جثى المريض على ركبتيه وذراعيه أو رقد على جنبه الايسر ليهرع السائل بعيدا عن سطح الكبد فيحس بسطحه وحافته السفلى وبروزاتها وعدم انتظامها

واما الطحال فان حجمه يتزايد فى نصف الأحوال تقريبا (فرريكس) وربما بلغ حجمه نحو ٤ الى ٦ مرات فوق المعتاد بحيث تصل حافته المقدمة الى قرب السرة وقد يكون ضامرا

وأما الاستسقاء الزقى فأنه يكون فى الابتداء غير مصحوب باوزيما الاطراف

وهو

رهو علامة فى التشخيص وينشأ من اعاقة دورة الوريد الباب وقد يصل مقدار السائل فيه الى بعض ليترات ويكون فى العادة رائقا كلون الكهربا أو صفراويا أو محمرا مدمما ووزنه النوعى ما بين ١٠١٠ و ١٠١٥ ويحتوى على الزلال وبعض من السكر والبولين والموسين

واما بقية الاعراض فأنها أقل اهمية بالنسبة للأعراض المذكورة آنفا ولكنها مهمة فى الاكلينك كجفاف الجلد ولونه الترابى والمصفر خفيفا واللون الملتحمى القليل الاصفرار وتقدم النحول واسترخاء العضلات وضمورها واوزيما الاطراف التى تحصل من ضعف الجسم واعاقة الدورة الوريدية بسبب ضغط السائل الذى فى على الاوعية فى البطن وبالتأمل فى جدر البطن توجد اوعيتها متمددة دوالية وينسب تمددها لحصول الدورة الجانبية التى توصل دم الوريد الباب المحبس فى الكبد الى القلب

ومن المهم بيان سير الدورة الجانبية المذكورة وهو أن الكبد يقبل اوردة صغيرة خلاف الوريد الباب تأتى من الاحشاء والجدر البطنية وغيرها تنضم مع بعضها وتمر فى الحجاب الحاجز والرباط المعلق للكبد وتصب فى جذع الوريد الباب وتنضم مدة سيرها فى الحجاب الحاجز مع الاوردة الجلدية للصدر ومتى تمددت فأنها توصل دم الوريد الباب الى الاوردة الصدرية المذكورة والاوردة السرية العليا من جهة أخرى تخرج من جدر البطن المقدمة وتصب فى الوريد الباب وتنضم فى منشأها مع الاوردة الشراسيفية العليا والثديية ومع اوردة جدر البطن ومتى تمددت فانها توصل دم الوريد الباب الى الأوعية الجانبية المذكورة وخلاف ذلك فأن اوردة المعدة تنضم مع اوردة المرئ والاوردة الباسورية تنضم مع اوردة القسم العانى واذا تمددت تساعد على حصول الدورة الجانبية وتزد على ذلك التنضمات العارضة التى قد تحصل مثل تنضمات اوردة الطحال مع الاذيجوس (وبرشو) والتنضمات التى تنشأ من التصاق الكبد بالحجاب الحاجز وجدر البطن (فوريكس)

ومتى استمرت اعاقة دورة الوريد الباب فى الكبد يندفع بعض الدم فى اوردة الحجاب الحاجز ويتجه الى الأوردة الثديية وبين الأضلاع المتصبة فى الوريد الحرقفى والصافنى

وبالنظر لهذا الاستعداد يرى ان سير الدم فى الدورة الجانبية يتجه من اعلى الى اسفل فى الجدر البطنية ولذلك يصير بطيئا وتتمدد الأوردة وتصير متعرجة واضحة خصوصا حول السرة والزائدة الخنجرية والعانة فى الجهة اليمنى وقد يحس فيها بحركة ارتعاش مخصوصة ويسمع فيها نفخ واضح خفيف ومتى تمت الدورة الجانبية ربما تأخر ظهور الاستسقا او يكون قليل المقدار وانما تحصل اعاقة فى دورة الوريد الصافنى وهذا ما يساعد على ارتشاح الاطراف

هذا وفى بعض الاحوال لا يشاهد تمدد اوردة الجدر البطنية فى السيروز الضمورى ولا قاعدة لعلاقة الدورة الجانبية مع الاستسقاء الزقى ولا يعلم لذلك تفسير كاف وفى احوال أخرى يشاهد تمدد الاوردة بعيدا عن مجموع الوريد الباب كتمدد اوردة الخد وظهور الاكنا الوردية كما تشاهد عند المفرطين فى الخمر وحصول الانزفة والبقع الفورفورية فى الجلد فى محال مختلفة من الجسم

واحتقان اوردة مجموع الوريد الباب يتسبب عنه ركود الدم فى الجهاز الهضمى واحتقان احشائه ونوازلها وحصول الاكيموزات والانزفة المعدية فى الغشاء المخاطى للمعدة والامعاء وتتضح اعراض هذه المضاعفات كلما تقدم السيروز الضمورى فيشتكى المريض بالعطش الزائد ويتغطى اللسان بطبقة مبيضة أو مصفرة او مسمرة ويحصل عنده فواق وتجشى او قيئ وتنتفخ بطنه بالغازات وتتمدد بالانسكابات المصلية التى تضغط على الحجاب الحاجز وتعوق التنفس ويحصل فى الغالب امساك وفى النادر اسهال ومن المشاهد أن الاورام الباسورية نادرة هنا بعكس ما كان يؤمل بالنظر لاضطراب الدورة ويقل افراز البول ويصير مركزا ويحتوى بكثير من البولين وقليل من المواد الملونة للصفرا ويحتوى فى الغالب على الزلال ويندر وجود السكر فيه (ايشوريست)

وأما

وأما اليرقان الحقيقى فلا يشاهد فى السيروز الضمورى

(السير والمدة والانتهاء) سير السيروز الضمورى بطيء غير حمى تمتد مدته من سنة الى ثلاث سنين أو أكثر وانتهاؤه بالموت اما من تقدم الضعف والنحافة والكاشيكسيا أو من حصول الضمور الاصفر الحاد او يهلك المريض عاجلا بأحد المضاعفات كالاسهال والنزيف وأكثر الانزفة حصولا هو النزيف المعدى والمعوى والمرئى والرعاف والنزيف البليورى والرئوى وغيرها أو يحصل الموت عقب التهاب الرئتين أو اصابة القلب وصماماته وليس من النادر حصول الدرن البريتونى او الرئوى ومن المضاعفات المعجلة للموت الاصابات الدماغية التى تتسبب عنها الكوما والسبات أو الهذيان والتشنج ولاسيما لهذه الاعراض المخية تفسير كاف فبعضهم ينسبها للتسمم الصفراوى والبعض ينسبها لفساد الخلايا الكبدية الذى يشبه فسادها فى الضمور الاصفر الحاد والبعض ينسبها لتكاثر الكولسترين فى الدم (قلت) وأكثر هذه الاعراض حصولا فى السيروز الصفراوى الآتى شرحه قريبا

(التشخيص) ليس من السهل تمييز السيروز الضمورى فى مبدئه ويستدل عليه اذا كان المريض مدمنا على الخمر وحصل عنده تمدد فى الكبد ثم ضمور مصحوب بانتفاخ الطحال وتمدد اوردة البطن وانسكاب زقى ولا يشاهد ضمور الكبد بدرجة واضحة الابعد ابتداء المرض ببعض اسابيع واذا حضر المريض ومعه الاستسقاء الزقى بدرجة تمنع الاحساس بالكبد فلا يتيسر تشخيص ضمور الكبد الابعد البذل

ثم أن التهاب البريتون الدرنى المزمن له بعض اعراض تشبه السيروز الضمورى كاضطراب الجهاز الهضمى والهزال التقدم وانتفاخ البطن والاستسقاء الزقى ولكن الانسكاب الزقى فى درن البريتون قليل المقدار واوردة جدار البطن فيه اقل وضوحا ولا يصحبه انزفة ولا علامات يرقان ولا يتمدد الطحال وفضلا عن ذلك فان درن البريتون يصحبه عادة درن الرئة

واما سرطان البريتون فانه واذا كان يصحبه الاستسقاء الزقى وتمدد اوردة جدر البطن الا ان هذه الاعراض تكون فيه اقل وضوحا منها فى السيروز الضمورى وبالجس ربما يحس بالورم السرطانى ويتميز عقده وسطحه الغير المنتظم وبالبزل يوجد السائل الزقى فى الغالب محمرا مدمما

ولا يلتبس القئ والبراز الدموى الذى يصاحب السيروز الضمورى فى ابتدائه وادواره بتقرحات المعدة والامعاء او سرطانهما ولا تلتبس اوزيما الاطراف السفلى التى قد تصاحب السيروز بالاوزيما المتعلقة بامراض القلب ويتميز الاستسقاء الزقى المتعلق بالسيروز الضمورى من الاستسقاء الناشئ من اسباب اخرى كالتهاب الوريد الباب وانسداده الذى يتميز باعراضه الحادة وسرعة سيره

ومن الضرورى ايضا تمييز السيروز الضمورى الكحولى من السيروز الجوزى الطيبى المتعلق بامراض القلب والكلا ومن الضمور البسيط للكبد وهو مرض نادر ويشاهد عند الشيوخ عادة لاسيما اذا قاسى الشخص الجوع مدة كما فى سرطان المرئ والمعدة وضمور الكبد البسيط لا يصحبه فى العادة انسكاب ولا امراض اخرى

(الانذار) السيروز الضمورى مرض خطر لانه يتقدم بالتدريج عادة ولا يتيسر ايقافه لاسيما واذ اغلب المرضى لا تحضر لاستشارة الطبيب الا اذا وصل المرض الى درجة توجب المعالجة العرضية فقط

(المعالجة) من المهم فى ابتداء المرض منع السبب كالمشروبات والبهارات واستعمال الاغذية السهلة الهضم كالالبان والامراق واللحوم البيضا والخضراوات والفواكه المطبوخة كالتى لا تحرض انتفاخ الامعا بالغازات واما المعالجة الدوائية فانها مشتملة على ارسال العلق او الحجامة فى ابتداء المرض ثم بعد ذلك تستعمل المحولات كصبغة اليود والحراريق والكى النقطى ويستعمل من الباطن يودور البوتاسيوم والقلويات وقد تستعمل الادوية النوعية

عند

عند اللزوم ومتى حصل الاستسقاء الزقي وكثر مقدار الانسكاب المصلي يفعل البذل ويتكرر بحسب اللزوم

(في السيروز الضخامي الصفراوي)

(الاسباب) السيروز الضخامي الصفراوي يعقب التهاب المسالك الصفراوية ويشاهد عادة في سن الكهولية ولا يحدث من الافراط في المشروبات الا في احوال استثنائية

(التشريح المرضي) يتميز السيروز الضخامي الصفراوي بزيادة حجم الكبد الذي قد يصل الى الحوض الصغير ويبلغ في الوزن نحو ٤٠٠٠ جم (هيلوت فاج) بدون تغير في شكله ولا تنوع في حافته السفلى التي تستمر منتظمة حادة ويستمر سطحه ايضا أملس واذا تكونت فيه بروزات تكون صغيرة ولا تصل الى حجم الحمصة ويصحبه التهاب محفظة جليسون والتهاب الغشاء البريتوني فوق الكبد فيصير سميكا ويلتصق بالأعضاء المجاورة ويزداد قوام الكبد نوعا ولكنه لا يئز تحت المشرط ويصير لون الكبد مصفرا غامقا أو مخضرا زيتونيا وينمو المنسوج الخلوي بين الفصيصات ويحيط بها على هيئة حويه وبالبحث عن المنسوج الخلوي الحديث التكوين بواسطة الميكروسكوب يوجد ملازما للقنوات الصفراوية وتوجد القنوات المذكورة مصابة بالالتهاب في ظاهرها وباطنها وتوجد متمددة ومتقرحة خصوصا في حذاء دائر الفصيصات ثم متى زاد نمو المنسوج الخلوي يمتد وينفذ في الخلايا الكبدية حتى يصل الى مركزها ويزاحم الخلايا الكبدية وانما لا يفسدها الا بدرجة خفيفة ولا تصيبها الاستحالة الشحمية الا بدرجة جزئية حتى وأن بعض الخلايا المذكورة يكبر حجمه ويظهر كأنه ضخم

ثم ان النسيج الخلوي الحديث التكوين هنا لا ينكمش كالنسيج الخلوي في السيروز الضموري بل يستمر كثيفا شبيها بالارتشاح الخلوي في داء الفيل (الكيهات)

وحيث ان الاصابة فى السيروز الضخامى الصفراوى تنحصر فى القنوات الصفراوية دون فريعات الوريد الباب فهذا يفسر لنا ظهور اليرقان فى هذا المرض وعدم حصول الاحتقانات والانكموزات والارتشاحات المصلية التى تشاهد فى السيروز الضمورى واما الطحال فانه يكتسب فى السيروز الضخامى الصفراوى حجما كبيرا جدا بحيث ان وزنه يبلغ نحو ٢٠٠ جم وفوق ذلك وتنسب ضخامة الطحال هنا لتأثير السبب المرضى على الكبد والطحال فى آن واحد

(الاعراض) السيروز الضخامى الصفراوى يتميز بزيادة حجم الكبد بحيث ان حافته السفلى ربما تصل الى الحوض الصغير وتصل حافته العليا لقرب حلمة الثدى وينشأ من ضغطه على الاضلاع تحدبها وبروز قاعدة الصدر ولا يحس ببروزات على سطحه ولا يتغير شكله وضخامة الكبد المذكورة يصحبها يرقان واضح ربما بلغ درجة التسمم الصفراوى ويتضخم الطحال أيضا بدرجة مفرطة وربما تقابل الطحال مع الكبد بقرب السرة

ولا يشاهد تمدد اوعية جدر البطن ولا الاستسقاء الزقى فى السيروز الضخامى الصفراوى وانما يشتكى المريض باضطراب الهضم ويصاب غالبا بالاسهال وتكون المواد البرازية تارة متلونة بالصفرا وتارة فاقدة للونها

وسير السيروز الضخامى الصفراوى بطئ زيادة عن بطء سير السيروز الضمورى وقد تستطيل مدته من ٥ : ٦ سنين وتضعف قوى المريض بالتدريج فى هذه المدة ويتقدم النحول عنده حتى يصل الى درجة الكاشكسيا المؤدية الى موت المريض اذا لم يهلك قبلها بسبب المضاعفات كالانزفة والاعراض الدماغية كالكوما والهذيان او الحمى واليرقان الخبيث الحاد

(التشخيص) يتيسر التشخيص فى الابتداء ويستدل عليه بضخامة الكبد المصحوبة باليرقان وضخامة الطحال وقد يلتبس فى الابتداء باليرقان النزلى والمغص الكبدى المصحوب باليرقان المتضاعفين بتمدد الكبد وانما

احتباس الصفراء وفقد لون المواد البرازية المستمر يشاهد عادة في هذين المرضين دون السيروز ولا تصحبها ضخامة الطحال

ويتميز السرطان الكبدي بعدم استواء سطح الكبد وعدم اصطحابه باليرقان ولا بضخامة الطحال وعما قريب تظهر علامات الكاشكسيا السرطانية

وأما الأكياس الديدانية فلا يصحبها تيبس الكبد ولا عدد الطحال ولا اليرقان وفي الأحوال المبهمة يدلنا البذل الاستقصائي على الحقيقة

وفي اللوسيميا لا يصحب ضخامة الكبد والطحال يرقان والبحث الميكروسكوبي للدم يبين التشخيص ويصحب ضخامة الكبد والطحال في التسمم الآجامي اعراض الحمى المتقطعة والمعالجة بسلفات الكينا في الأحوال المبهمة تساعد على معرفة الحقيقة

وأما الكبد الشمعي فيتميز باعتبار اسبابه المرضية المضعفة العامة كالتقيح المزمن وأما ضخامة الكبد في البول السكري فيصحبها في الغالب تلون الجلد بلون برونزي ووجود السكر في البول يدلنا على التشخيص وضخامة الكبد الزهرية لا يصحبها يرقان وبالبحث عن الجسم يوجد به آثار الزهري والمعالجة النوعية تساعد على تشخيصه وأما الكبد الشحمي فسنتكلم عليه قريبا

(المعالجة) معالجة السيروز الضخامي الصفراوي تستدعي استعمال المسهلات والمدرات ضد اليرقان وتستعمل المحولات على الجلد والقلويات من الباطن والمياه المعدنية القلوية كماء فيشي وكارلسباد وتاراسب والمقويات المرة والاستحمام بالماء البارد فانها كلها وسائط علاجية مهمة في هذا المرض ويؤمر بالغذاء اللبني والارز أو الاغذية الخفيفة بحسب حالة القناة الهضمية

(في السيروز الضخامي الغير الصفراوي)

توجد انواع اخرى مصحوبة باليرقان أو غير مصحوبة به يمكن حصرها فيما هو

آت وذلك خلاف السيروز الضخامى الصفراوى الذى سبق شرحه وأما ضخامة الكبد البسيطة الغير السيروزية فأنها نادرة جدا وأكثر اصابتها للاشخاص المفرطين فى شرب البيرا وقد تكون ناجية للديابيطس السكرى ولا حاجة لطول الكلام عليها

(اولا السيروز الشحمى) هذا السيروز يتميز بضخامة الكبد وارتشاحه بالمادة الشحمية وحدها أو مصحوبة بالارتشاح الخلوى فى آن واحد انما تكون الشحم فيه وافرا بالنسبة للمنسوج الخلوى ويكون سطح الكبد فيه أملس سنجابيا باهتا وبشقه يوجد ملمسه دسما وفيما بين الوعائية والصفراوية سليمة وبالبحث عنه بالميكروسكوب توجد الخلايا الكبدية مستحيلة الى الحالة الشحمية ومحاطة بالمنسوج الخلوى الحديث التكوين

ويشاهد السيروز الشحمى عند المفرطين فى المشروبات الكؤلية ويكون متعلقا بتدرن الكبد وتكون اعراضه فى الابتداء غير واضحة ويعظم الكبد بالتدريج ويصير مؤلما تحت الضغط ويصحبه اضطراب فى الهضم بدون استسقاء زقى أو يكون الانسكاب المصلى خفيفا جدا ويكتسب الجلد وللملتحمة لونا ترابيا مصفرا قليلا ويكون فى النادر يرقانيا واضحا مع تلون البول بالمادة الصفراوية ويحصل عند بعض المرضى اضطراب فى القلب وعسر فى التنفس وأوزيما فى الاطراف ويصحب ذلك نحول كاشكسى يؤدى الى الهلاك أو يموت المريض بالحمى والامراض الدماغية أو بالانزفة أو باليرقان الخبيث

(ثانيا السيروز الاجامى) هذا السيروز ينشأ من التسمم الآجامى ويتميز بارتشاح المنسوج الخلوى الحديث التكوين بمادة فيها نقية سوداء ويتسبب عنه ضمور الكبد أو ضخامته بحسب الأحوال واعراضه مشتركة بين اعراض السيروز الضخامى والضمورى وليس لها علامة خاصة غير أنها تحسن عادة بدرجة واضحة وذلك باستعمال سلفات الكينا

(ثالثا السيروز الدثوى) هذا السيروز اما أن يكون دثويا صرفا أو

دثويا

أو نشو يا درنيا أو زهريا وتسبب عنه ضخامة الكبد أو ضموره وسنذكره
قريبا بالتفصيل

(رابعا السيروز السكرى) هذا السيروز يصحب البول السكرى ويتسبب عنه ضخامة الكبد او ضموره مع تيبس نسيجه وتحببه وتلونه بلون محمر داكن بسبب ارتشاحه بمادة فيغما نتية تستولى بالاكثر على النسيج الخلوى بين الفصيصات وتنتشر هذه المادة المسودة ايضا فى الجلد وتكسبه لونا برونزيا

(خامسا السيروز الزهرى) يصاب الكبد هنا بالأورام الصمغية أو الارتشاحات الزهرية التى تكون منتشرة فيه على هيئة جزائر متعددة وينشأ عنها تعدد الكبد بدرجة زائدة وقد يصحبه تعدد الطحال ايضا واعراضه غير واضحة فيشتكى المريض باضطراب الهضم والاسهال ويحس بتعب فى المراق الايمن وبجس الكبد يوجد سطحه غير مستو ولا يصحبه انسكاب مصلى بريتونى أو يصحبه ولكن بدرجة خفيفة ولا يصحبه يرقان الا فى احوال استثنائية ويكون البول فى الغالب زلاليا ويصحب السيروز الزهرى آفات زهرية اخرى فى الجسم وباستعمال المعالجة النوعية تحسن الاعراض جدا أو تبرأ اذا كانت حديثة

(ثالثا فى التهاب الكبد الأصفر العضوى الحاد)

هذا الالتهاب يتصف بسيره الحاد وبفساد الخلايا الكبدية بسرعة واستحالتها الشحمية وبضمور الكبد وتلاشى منسوجه وهو يتعلق غالبا بسبب ميكروبى عفن وانما لم يتيسر الى الآن تعيينه واثباته ولذلك يعتبره المؤلفون آفة موضعية وتنسب الاعراض العامة المصاحبة له الى التسمم بالصفرا وتنسب الاعراض الدماغية فيه الى التسمم باللوسين والسيروزين المتحصلين من تحليل منسوج الكبد أو من عدم تأكسد الالومين بدرجة كافية

(الأسباب) هذا المرض نادر جدا حتى ان معظم الاطباء لا يشاهده مدة حياته وهو اما ان يكون اصليا أو تابعيا لمرض موضعي في الكبد أو عام والذاتي يصيب النساء اكثر من الرجال من سن ٢٥ : ٤٠ سنة ويندر حصوله للأطفال والشيوخ ويصيب المرأة الحامل غالبا خصوصا في أشهر الحمل الأخيرة ومن اسبابه المهمة الانفعالات النفسية القوية والافراط في المشروبات الروحية وقد لا يعلم لظهوره سبب واضح وبعضهم يزعم انه قد ينشأ من التسمم بالفسفور لكن المشاهدات لا تثبت ذلك لأن آفات التسمم بالفسفور مغايرة لهذا المرض

وأما الضمور الاصفر الحاد التابعي لأمراض الكبد فانه يتميز غالبا بكونه محدودا على الجزء المصاب من الكبد فلا يعم جميعه (فريركس) والأمراض العامة المهيئة له اهمها الامراض العفنة كالحمى التيفودية والراجعة والاستصفاص الصديدي والتسمم العفن

(التشريح المرضي) يتصف الكبد في الضمور الأصفر الحاد بصغر حجمه ورخاوة منسوجه وتلونه في الابتداء بلون مصفر وفي الانتهاء بلون أحمر داكن وقد يصل صغر الكبد في ضموره الحقلة الربع أو النصف أو الثلثين من حجمه الطبيعي ويصيب سمكه عادة ولذلك يرق الكبد ويتبطط على شكل الفطيرة وقد يقل وزنه الى ٦٠٠ جم أو أقل وينزوي في سبا من الحاجز الحجابي ويتغطى بالامعاء وتتكرمش محفظة جليسون وكذا البريتون فوقها بدون التهابهما ويصحب الضمور استرخاء جوهر الكبد بحيث يمكن ثنيه ولكنه يكون ذا مقاومة بحيث لا يؤثر فيه الظغط ولا يتمزق وبشقه بالمشرط يوجد منسوجه متلاشيا ويكون لونه مصفرا كالزعفران أو الراوند وقد يكون غامقا في بعض الحالات واسمر محمرا داكنا في حالة أخرى واصفرار اللون يدل على الدور الأول من الضمور قبل تمام فساد الخلايا وحواجزها وأما اللون الاحمر الداكن فانه يدل على الدور الثاني له (زنيكر)

ويكون

وتكون النقط المصفرة بارزة نوعا ونسيجها أقل مقاومة من النقط المحمرة التي تكون هابطة وقوامها متينا كالجلد ويكون الفص اليساري في الغالب ملونا باللون الاحمر الداكن مع كون الفص الايمن لم يزل مصفرا وقد يكون اللونان منتشرين في الكبد على هيئة بقع وسواء كان النسيج مصفرا أو محمرا فان أوعيته تكون منسدة فلو عكن حقنها بالصناعة وهي والقنوات الصفراوية يستحيلان الى الحالة الشحمية (بونفيس)

وبالبحث عن هذه الآفات بالميكروسكوب توجد الخلايا الكبدية في النقط المصفرة مفسودة بالاستحالة الشحمية ومحتوية على بعض بلورات من الليوسين والتيروزين والاستحالة الشحمية المذكورة تصيب أولا دائرة الخلية ثم تصل الى مركزها ثم تمتص البقايا الشحمية والبلورات في النقط المحمرة التي تتكون من منسوج جديد واستكشف بعضهم في النقط المصابة بعض الباكتريات والكوكس

وبالبحث عن الحوصلة المرارية توجد فارغة أو محتوية على سائل مخاطي مصفر قليلا أو مخضر

وبالبحث عن الاعضاء الاخرى يوجد اغلبها مصفر اللون ومصابا بالاستحالة الشحمية ومحتويا على بقع اكيموزية ويوجد الغشاء المخاطي المعوي مصابا بالتهاب نزلي والبليورا والتامور محتويين على انسكاب مصلي والرئة والمخ في حالة التهاب اوذيماوي وتوجد الكلا مصابة بالالتهاب وخلاياها متنكرزة القنوات البولية جيبية أو شحمية وقنواتها محتوية على الليوسين والتيروزين (موركيسون) والعقد اللنفاوية منتفخة والطحال متضخما ورخوا وأما الدم فيكون مسود احمر فاكالقطران ومحتويا على كثير من البولين والتيروزين (فريركس)

(الاعراض) قد يبتدئ المرض بأعراض اليرقان النزلي كفقد الشهية والغثيان والقشعريرة والقيء والتعب العام والامساك او عدم انتظام التبرز وتألم

البطن والمراق الايمن ثم بعد مضى بعض ايام او بعض اسابيع يشتد اليرقان وتظهر الاعراض الاخرى وفى الغالب يبتدئ المرض من أول الأمر باليرقان الشديد وتصحبه اعراض عصبية قوية فتفقد المعقولية وتحصل الهذيانات والعربدة والتقلصات التشنجية ثم السبات والكوما وتمتد الحدقة ولا تتأثر من الضوء الابيض ويتعسر التنفس ويهلك المريض فى حالة هبوط وانحطاط

وبالبحث عن قسم الكبد توجد الاصمية متناقصة ويمكن تتبع تناقصها وتقدمه بدرجة واضحة فى كل يوم ويبتدئ الصمور بالفص الأيسر ثم بالحافة السفلى للكبد من اسفل الى اعلى وبعد ان يبقى من الأصمية شريط رفيع ربما انصرف ويبقى قسم الكبد رنانا والرنانية التامة لا تدل على تلاشى الكبد لانه ينزوى بقرب العامود الفقرى وتحل الامعاء محله خلف قاعدة الصدر وتصحب الضمور آلام زائدة فى قسم الكبد تشتد بالضغط عليه وتوجب المريض للأنين والصراخ ولو كان فاقدا للمعقولية

وبالبحث عن الطحال يوجد مصابا بالضخامة فى اغلب الأحوال ويكون الجلد متلونا باليرقان ولكن لا توجد نسبة ثابتة بين درجة اليرقان وحدة الاعراض العصبية وتصحب اليرقان بقع اكيموزية تظهر فى آن واحد مع الانزفة المشوهة وتنشأ من ميوعة الدم

ولنشأ هذا القئ الدموى من جهة الجهاز الهضمى ويحصل فى ابتداء المرض ويكون الدم فيه مسودا شبيها بسفوة القهوة ويقف القئ الدموى بقرب الوفاة ويحل محله فواق شاق ويتغطى اللسان بطبقة مسمرة او مصفرة وتتغطى الشفتان واللثة بقشور نيلجية ويكتسب المريض هيئة الحمى التيفودية الضعفية ويصحب ذلك امساك وتكون المواد البرازية غير متلونة بالصفرا او تكون الصفرا فيها قليلة المقدار جدا وتكون متلونة بالدم مسودة

وأما

وأما البول فانه يندر ومتى اقترب الموت يقف البول بالكلية ويكون مفعوله حمضيا ولونه برقانيا وانما لا يظهر مفعول المادة الملونة للصفراوية بطريقة احمليان المترية الاخضيفا واذا ترك البول تكون فيه ندف مسمرة أو مخضرة متكونة من اللوسين والتيروزين ويمكن اعتبار هذه المواد واصفة للضمور الأصفر الحاد وهناك طريقة سهلة لاستكشافهما وهى ان يوضع من البول بعض نقط فوق لوح من الزجاج ونضيف الى البول نقطة من حمض الخليك فانه بعد التجفيف يرسب اللوسين ويرى فى الميكروسكوب على هيئة اقراص مستديرة مبططة ذات حلقات دائرية ويرسب التيروزين على هيئة حزم ابرية ويوجد فى رواسب البول ايضا بعض اسطوانات بولية شفافة وتوجد بشرة القنوات البولية فى حالة حبيبية أو شحمية مصفرة وبالبحث الكيماوى عن البول يوجد فيه البولين والأملاح الصودية الفسفاتية والسلفات والكلورور متناقصة جدا أو مفقودة وأما الاملاح البوتاسية والمواد الخلاصية فانها تكون متزايدة (شيمابيس) ويكون البول فى الغالب زلاليا

وينشأ من ميوعة الدم انكيموزات وانزفة مختلفة فى المعدة والأمعاء والفم والأنف والمسالك التنفسية والجهاز التناسلى البولى والجلد واذا اصيبت المرأة الحامل يسقط حملها قبل وفاتها

ثم ان الضمور الاصفر الحاد اما ان يصحبه ارتفاع درجة الحرارة التى ربما بلغت ٤٢ بقرب الوفاة واما ان يكون غير حمى ويكون فيه النبض فى الابتداء بطيئا ثم يسرع ويصير صغيرا رخوا ومتى قرب الموت يصير رفيعا غير محسوس

وسير المرض حاد دائما وقد ينتهى بالموت فى مدة بعض أيام وتكون مدته فى العادة أسبوعين ويندر امتدادها الى اربعة اسابيع أو اكثر والشفاء هنا يعد استثنائيا

(التشخيص) يسهل التشخيص في الغالب باعتبار سرعة سير المرض والأعراض العامة والعصبية ووجود اللوسين والتيروزين في البول وهو ما يميزه عن الصفور الحميى الذى يتصف ببطء السير وخفة اليرقان والأعراض العامة فيه والأعراض المذكورة تميز الشكل التيفوئيدى عن الحمى التيفوئيدية
وأما اليرقان الخطر فإنه قد يلتبس بالضمور الأصفر الحاد فيما اذا عدد القولون بالغازات وحال بين الكبد وقاعدة الصدر بحيث تضعف أصميه الكبد ولكن عدد الامعاء ليس ثابتا وبالضغط على جدر البطن بقوة يمكن الوصول الى الكبد وتعيين أصميته
وأما التسمم بالفسفور فإنه يتميز بسوابق المرض وعدم ضمور الكبد دائما وفقد اللوسين والتيروزين في البول وان كانت بقية الأعراض متشابهة فإنه يمكن استكشاف أثر السم في مواد القيء أو في الاحشاء بعد الوفاة وينسب عدد الكبد في التسمم بالفسفور الى الاستحالة الشحمية
(الانذار) ينتهى هذا المرض بالموت عادة والشفاء منه نادر جدا
(المعالجة) هذا المرض لا يعلم له دواء شاف ومعالجته عرضية عادة وهي تتضمن استعمال المسهلات المشددة في الابتداء ووضع العلق والمحولات على قسم الكبد والثلج للقيء وسلفات الكينا من الباطن وتعطى المسكنات لاجل تلطيف الهذيانات والمنبهات في دور الانحطاط

الفصل الخامس في الاستحالة الشحمية للكبد

المراد بالاستحالة الشحمية هنا الكبد الدسم الذى يتصف باستحالة الخلية الكبدية الى الحالة الشحمية عقب تحليل البروتوبلاسما واستحالة موادها الازوتية الى بولين وموادها الغير الازوتية الى شحم عائق الخلية الكبدية ويتسبب عنه تلفها وفقد وظائفها
وأما الارتشاح الشحمى الفسيولوجى الذى يحصل مدة الهضم فإنه يتصف بورود المواد الدسمة من الخارج الى الكبد من القناة الهضمية وتجمعها في

الخلايا الكبدية الى ان يحصل امتصاصها واحتراقها فى الدورة ويزداد تخزن المواد الدسمة فى الكبد مدة الحمل والرضاعة لاجل تدارك تغذية الجنين وافراز اللبن ولا يتسبب من تجمع الشحم فى الخلايا الكبدية هنا اتلافها ولا اعاقة وظائفها

ويزداد الارتشاح الشحمى الفسيولوجى فى الكبد متى افرط الشخص فى اكل الاغذية الدسمة والنشويات والحلويات وشرب المشروبات الروحية واهمل فى الرياضة ويصحبه حينئذ سمن الجسم وتكاثر الشحم تحت الجلد هذا وقد يشاهد الارتشاح الشحمى والاستحالة الشحمية مجتمعين فى شخص واحد واما السيروز الشحمى فانه آفة التهابية وهو مغاير للاستحالة الشحمية الحقيقية وقد سبق الكلام عليه

(الاسباب) جميع الاسباب التى توجب نقص الاوكسيجين فى الدم وعدم احتراق الشحم تساعد على الاستحالة الشحمية للكبد كما يشاهد ذلك فى انواع الانيميا والكاشكسيات ولذلك يشاهد هذا المرض كثيرا عند المصابين بالدرن والسرطان وداء الخنازير والزهرى المتقدم وفى النزف الشديد والتقيحات المفرطة ونحو ذلك

ومن الاسباب ايضا الحميات الحارة والعفنة كالجدرى وبعض السموم كالفسفور والزرنيخ والكحول وكذلك الحمل والرضاعة خصوصا عند الانيمياويات والخلوروزيات ويشاهد هذا المرض بالاكثر فى سن الكهولية وقد يحصل للاطفال المولودين حديثا ويندر عند الشيوخ ويصيب النساء اكثر من الرجال

(التشريح المرضى) تتصف الاستحالة الشحمية بزيادة حجم الكبد التى قد تصل الى ضعفه مع عدم تغير شكله وانما يتمدد غالبا فى العرض وتصير حافته مستديرة كالة ويصير لونه مصفرا باهتا شبيها بورق الشجر الذابل ويصير قوامه رخوا اذا كان دافئا ويحفظ اثر الاصبع بالضغط عليه ولكنه يتيبس بالبرودة بسبب انعقاد شحمه وبشقه يظهر على سطح الشق بعض نقط شحمية ويتغطى سطح نصل المشرط بطبقة دسمة لا تمتزج بالماء تبقع الورق ولا يسهل تمييز الخلايا الكبدية

في سطح الشق وقد يحصل للكبد المتشحم جداً احتقان بلهيب رائق

وأما وزن الكبد فانه يتزايد وربما وصل الى ٤٠٠٠ جرام وكسور ولذا يخف وزنه النوعي وقد يعوم على سطح الماء ويزيد مقدار الشحم فيه فبعد أن كان من ٤ : ٥ / ١٠٠ في الحالة الطبيعية ربما يحصل الى ٣٠ او ٤٠ / ١٠٠ وأما الصفراء فانها تكون جداً في الحوصلة المرارية وتصير باهتة أو مخاطية

وبالبحث الميكروسكوبي توجد الخلايا الكبدية مستديرة بعد أن كانت مضلعة ومحتوية على حبيبات شحمية كثيرة أو نقطة شحمية وحيدة مالئة لتجويفها ملأً تاماً وتمتاز عن المواد الالبومينية بكونها براقة وتسود بمسها بمحلول حمض الاوسميك المركب من جزء في المائة وتبتدئ الاستحالة الشحمية عادة بدائر الفلقة الكبدية ثم تتقدم نحو مركزها

(الاعراض) لا يتسبب من الاستحالة الشحمية للكبد في الغالب اعراض واضحة وانما يشتكي المريض بثقل في قسم الكبد خصوصاً مدة الحركة أو الرقاد على الجنب الأيسر وبالقرع قد يحس بتمدد الكبد ووجود أصمية فوق ما من الشرع وقد تحصل اعاقة في دورة الوريد الباب ولكنها لا تصل الى درجة توجب الاستسقاء الزقي ولا انتفاخ الطحال وقد تحصل اعادة خفيفة في الصفراء لا توجب اليرقان وبعض المرضى يفقد الشهية ويضطرب هضمه ويتقايأ أو يحصل عنده اسهال مواده قليلة الصفراء ويصاب الشخص غالباً بالبواسير بدرجات مختلفة

(التشخيص) ليس من السهل دائماً تمييز الاستحالة الشحمية للكبد عن ارتشاحه الشحمي الفسيولوجي وعلى العموم متى كان الشخص ضخماً ومفرطاً في المطاعم والمشروبات ومهملاً في الرياضة يكون الارتشاح الشحمي هو الاقرب للعقل ولما اذا كان الشخص انيمياً وكاشكسياً فالاستحالة الشحمية أو النشوية اقرب للعقل وانما يكون الكبد في الاستحالة الشحمية رخواً املس ولا يصحبه انتفاخ الطحال ولا بول زلالي بخلاف الاستحالة النشوية فان الكبد

فيها

فيها يكون متينا وحافته متيبسة وتصحبه غالبا ضخامة الطحال والبول الزلالي

واما اذا كان الشخص مصابا بآفة في صمامات القلب مع ركود الدورة الوريدية فان اصابة الكبد تكون احتقانية عادة اوسيروزية بسيطة او شحمية

(الانذار) الاستحالة الشحمية للكبد لا خطر فيها ولا توجب الوفاة وانما تضعف التغذية العامة

(المعالجة) يلزم اعتبار السبب ومعالجة الارتشاح الشحمي ومراعاة شروط التدبير الغذائي ضد السمنة المعتادة واذا كان المريض انيما ويا او كاشكسيا تعطى له الاغذية المقوية والمركبات الحديدية ويرسل الى المياه المعدنية الحديدية كهومبرج وكسنجين وفرانسبا دواسيا ونحوها ويعالج اضطراب الهضم بمياه ايمس وويشي وتعالج الامراض العامة كالزهري والداء الخنازيري بما يناسبها وليتذكر الطبيب ان استعمال زيت السمك عند المتدرنين ربما تتولد منه الاستحالة الشحمية في الكبد

(المبحث السادس في الاستحالة النشوية للكبد)

هذا المرض يعبر عنه بالاستحالة النشوية نظرا لتلونه بلون النشاء بمعاملته بصبغة اليود (ويرشو) ولكن هذه الاستحالة ليست بنشوية في الحقيقية بل مادة تشبه الالبومينية ولذلك يرجح بعضهم تسميتها بالاستحالة الشمعية الدهنية ومع ذلك فان لفظة النشوية هي المتعارفة بالاكثر

(الأسباب) اسباب الاستحالة النشوية تشبه اسباب الاستحالة الشحمية للكبد وانما تشاهد الاستحالة النشوية في الأغلب عقب التقيحات الغزيرة المستطيلة كالتقرحات الخنازيرية والعظمية وتشاهد ايضا في الكاشيكسيات الزهرية والآجامية والليوسيميا وداء برايت ولا يشاهد الكبد النشوي ذاتيا الا في احوال استثنائية غير ثابتة ويشاهد عند الرجال اكثر من النساء

مابين سن العشرة والخمسين (فوبركس)
(التشريح المرضى) تتصف الاستحالة النشوية بزيادة حجم الكبد لاسيما في العرض واستدارة حافته السفلى وقد يزيد حجمه ضعفين فأكثر ويصل وزنه الى ٦٠٠٠ جرام وتتوتر محفظة جليسون وتصير لماعة ولا تشاهد في البريتون ظواهر التهابية وبشق الكبد يوجد منتنا شبيها بدهن الخنزير أو الهلام المنعقد مجردا من الدم أسمر اللون محمرا شفافا ولا تتميز فيه الخلايا الكبدية ويكون قوامه عجينيا هشا يحفظ اثر الأصبع بالضغط عليه وبملامسة سطح الشق بصبغة اليود يكتسب لونا مهاجونيا مائلا للزرقة أو للون البنفسجي وأما الاجزاء السليمة فأنها لا تتلون بصبغة اليود ولا تصير مصفرة واما محلول بنفسجي الميتيلين المركب من جزء في المائة فأنه يلون النقط النشوية بلون أحمر بنفسجي ويلون الاجزاء السليمة بلون ازرق بنفسجي (كورنيل)
والحوصلة المرارية تكون مجردة من الصفرا أو محتوية على قليل من سائل متلون بالصفرا قليلا
وبالبحث الميكروسكوبي نجد ان الاستحالة النشوية العرف بتدرن الخلايا الكبدية المجاورة للفرعيات الشريانية في مركز الفصيصات الكبدية ثم تصيب جدر الفرعيات الشريانية وتسد بعضها ثم تمتد الى محيط الفصيص الكبدي وتصيب خلاياه وتمتد اخيرا الى فرعيات الوريد الباب واما القنوات الصفراوية فأنها تكون سليمة عادة
وتتضاعف الاستحالة النشوية في الغالب بالاستحالة الشحمية والزهرية
وأما السيروز النشوى فقد سبق الكلام عليه في محله
ويصحب الكبد النشوى استحالات نشوية أخرى في بقية الاعضاء لاسيما في الطحال والكلا والامعاء ولا يكون الكبد النشوى منفردا وحده الا في احوال استثنائية
(الاعراض)

(الاعراض والتشخيص) اعراض الكبد النشوى كاعراض الكبد الدهنى تكون كامنة أو خفيفة وتتضمن الاحساس بثقل فى المراق الايمن وامتداد أصمية الكبد ويتميز بالاحساس بانتظام حافته السفلى وسطحه ذو مقاومة ويصحبه انتفاخ فى الطحال وبول زلالى واستسقا واسهال وتنسب هذه الأعراض لاصابة الطحال والكلا والامعاء بالاستحالة النشوية ولايصحبه اليرقان عادة

ومدة المرض فى العادة طويلة وقد تمتد الى عدة سنوات ولكنها تتعلق بالسبب المرضى الأصلى وينتهى للمريض بالهلاك اما بالكاشكسيا والنهوكة أو بالمضاعفات المشوية أو بتقدم المرض الأصلى أو بأوديما الرئتين والتهابهما

ويسهل تشخيص الكبد النشوى عن الكبد الشحمى بالعلامات التى سبق ذكرها فى الاستحالة الشحمية واغاهذه العلامات لاتكون واضحة الا فى الاحوال القديمة

(الانذار والمعالجة) الاستحالة النشوية للكبد مرض خطر ومعالجته المهمة تداركية وتقتضى معالجة اسباب التقيحات الغزيرة والكاشكسيات المختلفة فيعالج التدرن بزيت السمك والمركبات اليودورية الحديدية والحامات ويعطى للراشيتكيين المركبات الحديدية الجيرية والحمامات والزهرى المركبات الزيبقية ويودور الحديد ويودور البوتاسيوم والحامات البورية والكبريتية وضد الكاشكسيا الأجامية سلفات الكينا مع الحديد واليودوريات والحامات الحديدية

والمنزبود يوصى بدلك المراق الايمن بمرهم يودى ويعطى للمريض من الباطن كلورايدرات النوشادر

(المبحث السابع فى سرطان الكبد والمسالك الصفراوية)

(الأسباب) سرطان الكبد كثير الحصول ويأتى فى الترتيب بعد سرطان

الرحم والمعدة والثدى ويكون فى النادر اصليا وفى العادة تابعا لسرطان الاعضاء الأخرى كالرحم والمعدة والمستقيم والامعاء والمثانة والخصية والكلا والرئة والثدى والعظام والجلد والمشيمة ويصاب الكبد اما بالمجاورة او بواسطة الاوعية الدموية للوريد الباب او الأوعية اللمفاوية

واسبابه كاسباب جميع انواع السرطان أهمها الوراثة والسن بين ٤٠ و ٦٠ سنة ويصيب النساء أكثر من الرجال ويشاهد فى البلاد الباردة والمعتدلة أكثر من البلاد الحارة وقد يعقب الاسباب الجرحية كالرض والجروح وبعضهم عد المحصوات الصفراوية من اسبابه وكذا الافراط فى المشروبات الروحية والحزن وسيروز الكبد واكياسه الديدانية والسرطان التابعى يكون دائما من نوع السرطان الاصلى للسبب له

(التشريح المرضى) انواع السرطان التى تشاهد غالبا فى الكبد هى الاسكيرى والسرطان النخاعى والمخى وقد يكون نسيج السرطان فطريا مدمجا أو كيسيا وتكون خلاياه فى الغالب اسطوانية وقد تكون بلاطية وأما السرطان القرنى والهلامى فنادران فى الكبد والسرطان الاسود والمخى لا يكادان أن يكونا الا ثانويين

وسرطان الكبد اما ان يكون محدودا أو نوابيا أو مرتشحا ويختلف التابعى والاصلى فى الشكل

اما السرطان التابعى فيكون فى الغالب نخاعيا محتويا على تجاويف مستطيلة غير منتظمة مبطنة بخلايا اسطوانية غلافها اليفى ويظهر السرطان التابعى عادة على هيئة نوابات أو جزيرات تكون صغيرة فى الابتداء فى حجم رأس الدبوس أو أصغر ثم تنمو حتى تصل الى حجم كبير ربما بلغ حجم رأس الطفل وحيث انها منتشرة فى جوهر الكبد بغير انتظام بعضها فى المركز والبعض قريب من السطح فيتسبب عنها عدد الكبد بدرجات مختلفة وعدم انتظام شكله وسطحه وحساد منسوجه بحيث لو شق الكبد لوجد سطح

الشق

الشق ابيض مصفرا ويبرز نسيج السرطان على سطحه وبكحطه يسيل منه سائل لبني ويوجد النسيج الكبدي منضغطا بجوار الاورام السرطانية ضامرا باهتا أو محمرا غامقا فاقدا لخواصه

ويكون الاورام السرطانية البارزة على سطح الكبد في العادة مخفضة الوسط بشكل السرة أو القمع وقد يجوف مركزها على هيئة كيس فطري سهل الأدما أو ممتلئ بالنزيف وذلك بسبب الاستحالة الشحمية التي تستولي على مركز الورم السرطاني (وبرشو) وقد تصل هذه الاورام الحجم كبير ربما وصل في الوزن الى ١٠ كيلوجرام في مسافة قصيرة

والسرطان التابعي يصيب عناصر الجوهر الكبدي ويفسدها ويصيب كلا من الأوعية والقنوات الصفراوية في آن واحد أما الاوعية فتصاب منها فريعات الوريد الباب أولا اذا كانت هي السبب في ورود الجزيئات السرطانية من الاحشاء المصابة في الأصل ثم تمتد الاصابة الى المنسوج الكبدي والاوعية الاخرى وأما القنوات والحوصلة الصفراوية فانها قد تبتدئ ايضا بالاصابة السرطانية ثم يصاب المنسوج بعدها وقد يظهر السرطان التابعي في الخلايا الكبدية ابتداء وقد يصاب المنسوج الخلوي أولا وذلك على حسب اختلاف الاحوال

وأما السرطان الكبدي الذاتي او الأصلي فانه يكون في العادة محدودا أو وحيدا واذا تعدد بسبب تعدده في الغالب الى الورم الاصلي الذي تتولد منه اورام ثانوية ولا يكون ثوانيا كالسرطان التابعي الا في احوال استثنائية ويصيب الفص الأيمن عادة ويكون مدفونا فيه بحيث لا متشوه سطح الكبد بل يصير ضخما وربما بلغ وزنه من ١٠ الى ٢٠ رطلا ومتى نما الورم بقرب من السطح وقد ينتهي بالبروز على هيئة تحويه رخو مرن ببشقه يبرز النسيج السرطاني على سطح الشق وبالكحط يسيل منه سائل لبني سرطاني ويتميز سطح الشق بلونه المبيض أو المصفر ولا

يصاب باللين ولا بالاستحالة الشحمية كالسرطان التابعي الا نادرا ويوجد المنسوج الكبدي بجوار السرطان مضغوطا باهتا أو محمرا غامقا أو فاسدا بالكلية وتوجد الاوعية والقنوات الصفراوية السليمة وكذا البريتون حول الكبد بخلاف السرطان التابعي الذي تصحبه اصابة هذه الاعضاء عادة

واما سرطان المسالك الصفراوية فانه اما ان يكون ذاتيا أو تابعا لسرطان البنكرياس أو البواب ويظهر على هيئة ارتشاح سرطاني في جدر الحوصلة المرارية والقناة الصفراوية او يكون على هيئة لحم أو نواتات عديدة منتشرة او يكون ورما وحيدا وينشأ عن السرطان هنا تشوه المسالك الصفراوية وضيقها أو انسدادها

وكل من السرطان الذاتي والتابعي يوجب اصابة العقد اللنفاوية لفرجة الكبد والعقد الكبدية المعدية والعقد حول البنكرياس والعقد المجاورة للعامود الفقري وعقد الحجاب المنصف التي تصل اليها الأوعية اللنفاوية الكبدية وبعض الجزيئات السرطانية ينصب في الاوردة الكبدية ويصل الى الرئة ويوجب اصابتها بالسرطان ومتى انتفخت العقد اللنفاوية المجاورة للوريد الباب والقناة الصفراوية ربما يتسبب عنها اعاقة الدورة وظهور الاستسقاء الزقي أو اعاقة الصفرا وظهور اليرقان

وأما السرطان السيروزي اي الارتشاحي فينسب عنه بذلك لمشابهته لسيروز الكبد ويسمى ايضا بالسرطان العامودي بالنظر لاصابته للأعضاء الدقيقة المذكورة والسرطان السيروزي يوجب تشوه سطح الكبد وبشقه يوجد منسوجه سنجابيا أو مبيضا جيبيا يسيل منه بالكحط سائل سرطاني لبني وبالبحث عنه بالمكروسكوب يوجد بعض الخلايا السرطانية سليما والبعض مصابا بالاستحالة الشحمية والسرطان السيروزي في الغالب يصيب جدر الحوصلة المرارية ولا يصيب القنوات

الصفراوية

الصفراوية ولا الاوعية الوريدية ولذلك لا ينتقل من الكبد ولا يصيب الاحشاء الأخرى (شربيلي)

(الأعراض) قد تكون أعراض السرطان الكبدي كامنة ولا يعلم وجوده الا في الجثة وقد تكون قليلة الوضوح شبيهة باعراض الاضطراب الهضمي ولا تصحبها علامات خاصة أو تكون مستورة ومغطاة باعراض الآفات السرطانية للأحشاء الاخرى كالمعدة والامعا والمستقيم وقد تكون الاعراض بالعكس واضحة حادة ولاشك فيها ولأهمية ذكر هذه الأعراض نبدأ بذكر السرطان التابعي ثم الاصلي فنقول

أما السرطان التابعي فيبتدئ عادة بطريقة كامنة غير محسوسة وربما بلغ الكبد حجما كبيرا وتغير شكله وحصلت اعراض الكاشكسيا السرطانية قبل ظهور الاعراض الخاصة للكبد وتنحصر الاعراض الابتدائية غالبا في الاضطراب الهضمي كفقد الشهية والقرف من الاطعمة خصوصا اللحم وانتفاخ البطن ونتانة الغائط ثم يستشعر المريض بثقل في المراق الأيمن ويشتكي بآلام ناخسة ليست مستمرة وقد تفقد هذه الآلام الذاتية ولكن يتألم المريض بالضغط على الكبد ويظهر عليه اليرقان بدرجات مختلفة من ابتدائه اصفرار اللون الخفيف الى غاية اخضرار الغامق أو اسوداده للسمن ويحصل اليرقان باسباب متنوعة كتنزلات المسالك الصفراوية وانضغاط القنوات الصفراوية في الكبد أو عند خروجها بجوار الفرجة

وقد يتضاعف السرطان بالاستسقاء الزقي الذي ينشأ اما من انسداد الوريد الاجوف أو ضغطه واما من الالتهاب البريتوني أو من اصابة الثرب بالسرطان وفي هذه الاحوال يكون السائل في الغالب مدمما وقد يصاحب الاستسقاء تمدد اوردة جدار البطن

وبالبحث عن الكبد يوجد حجمه متزايدا وقد يصل من الأعلى الى الضلع الثالث ومن الاسفل الى الحوض الصغير ويملأ البطن ويضغط على الاضلاع

للكاذبة ويكون بروزا عظيما تحت جلد البطن واصلا الى المراق الأيسر ويجس
يوجد سطحه غير منتظم ذا حدبات مختلفة صلبة أو مرنة وإذا كانت جدر البطن
رقيقة ربما يحس فيها بالانبعاج السرى والقمعى ويحس باستدارة وعدم
انتظام حافته وكونها ذات حدبات ايضا

وسير السرطان هنا اما ان يكون بطيئا تدريجيا أو سريعا بحيث تظهر علاماته
المذكورة آنفا فى مسافة بضع اسابيع ولا يصحبه عادة تمدد فى الطحال ومتى
تقدم المرض تظهر العلامات العامة للكاشكسيا السرطانية كالنحول وفقد
القوى واكتساب الجلد اصفرارا تبنيا و نقص الكرات الحمرا وظهور الأوذيما
فى الاطراف ويهلك المريض اما من تقدم الكاشكسيا فى مسافة من بعض
اسابيع الى شهرين فى الشكل الحاد وتمتد الحياة الى ستة أشهر أو ثمانية فى
الشكل البطئ أو يحدث الموت من المضاعفات كالالتهاب البريتونى والانزفة
واليرقان الخطر والعوارض الحمية والحشوية الأخرى

وأما السرطان الأصلى للكبد فانه قد يبتدئ ايضا بالاضطراب الهضمى المذكور
ثم يشتكى المريض بثقل وآلام فى المراق الايمن وأنما لا يصحبه اليرقان ولا
الاستسقاء الزقى ولا تمدد اوعية جدر البطن الا فى احوال استثنائية ويكتسب
الكبد حجما كبيرا ويصير قوامه صلبا ولكنه يبقى املس وحافته حادة
ولا يحس فيه عادة بالبروزات ولا الحدبات المذكورة فى السرطان التابعى
وقد ينشأ منه نقص او فقد فى افراز الصفرا بسبب تلف الخلايا الكبدية
وفسادها فترى المواد الثفلية سنجابية اللون عديمة الصفرا منتنة جدا
والامعا مقددة بالغازات ولا يصحب ذلك يرقان وهذه العلامة وإن كانت
غير خاصة بالسرطان الذاتى الا ان وجودها مهم فى التشخيص

وأما سرطان المسالك الصفراوية فانه فى البادئة يوجب اعاقة سير الصفرا
فيتمدد الكبد ويحصل اليرقان ومتى انضغطت العقد اللنفاوية بجوار
الوريد الباب فانها تعيق دورته فيحصل الاستسقاء الزقى وربما اشتبهت

اعراضه بالحصوات الصفراوية
وبالبحث عن البول في سرطان الكبد يوجد نادرا وغير محقق على زلال أو يكون مقدار الزلال واهيا والبولين فيه قليل المقدار
وقد تصحب السرطان الكبدي اعراض حمية خفيفة مع نوبات في المسا أو متقطعة تنسب للالتهاب الكبدي أو البريتوني حول الكبد ومن المشاهد ان السرطان المصحوب بالحمى ينتهي بالموت بسرعة
(التشخيص) تشخيص سرطان الكبد صعب في ابتدائه وكلما اتضحت الأعراض والعلامات مع تقدم المرض يسهل التشخيص فاذا كان الكبد ضخما ومؤلما وعلى سطحه وحافته حدبات واضحة مع يرقان واستسقاء زقي وكان سن المريض فوق الخمسين وابتدأت عنده الكاشيكسيا السرطانية يستدل منها على التشخيص ويبحث بعد ذلك على المعدة والرحم والثدي والمستقيم لأجل استكشاف السرطان الأصلي
واهم الامراض التي توجب الالتباس هي الكبد النشوي والسيروز الضخامي والأورام الديدانية
اما الكبد النشوي فيتصف بضخامة الكبد واستواء سطحه ولا يصحبه يرقان ولا استسقاء كالسرطان الأصلي للكبد بل الكبد النشوي تصحبه ضخامة الطحال عادة وزلال في البول وحالة عامة مخصوصة كالتقيح الغزير المستطيل
وأما السيروز الضخامي الصفراوي فانه وان كان يتصف ايضا بكبر حجم الكبد وملاسة سطحه ولا يصحبه الاستسقاء الا انه يتميز بسيره البطيء وطول مدته وباليرقان الذي يظهر من ابتداء المرض
وأما الاكياس الديدانية فانها توجب ضخامة الكبد بغير استواء ويحس فيه باورام مرنة أو متموجة ولا تتأثر الصحة العامة مدة طويلة ويصعب التشخيص اذا كانت الاكياس خلوية ويمكن البذل والبحث الميكروسكوبي

عن السائل بيان التشخيص
وأما الضخامة الكبدية اللوسيمية فان الكبد فيها يستو املس ولايصحبها استسقاء
ولايرقان والأوصاف العامة للوسيميا ونوع الطحال وامتحان الدم بيان التشخيص
وأما الضخامة الزهرية فتميزها عن سرطان الكبد صعب غالبا لأنها توجب تشوه
الكبد وعدم انتظام سطحه ويصحبها اليرقان والاستسقاء الزق والاوزما
الكاشيكسية كالسرطان التابعي ولكن سير الضخامة الزهرية بطيء جدا
والبحث عن الجسم تشاهد فيه آفات زهرية أخرى
(الأنذار والمعالجة) الانذار مميت والمعالجة عرضية فقط وهي تتضمن الاعتناء
في التدبير الغذائي وتقوية المريض ومعالجة العوارض بالحق

(المبحث الثامن في زهري الكبد)

زهري الكبد اما ان يكون ثانويا أو ثلاثيا أو وراثيا
فأما الزهري الثانوي فأنه يحصل بعد العدوى ببعض اشهر ويتصف بحالة
يرقانية شبيهة باعراض اليرقان النزلي وينسب للنزلات الزهرية للمسالك
البولية ويستدل على تشخيصه باعتبار تاريخ الاصابة ووجود الآفات
الزهرية الثانوية في الجلد والاغشية المخاطية والعقد اللنفاوية
وأما الزهري الثلاثي فينشأ عنه تقريبا دائما التصاق الكبد بالاعضاء
المجاورة التصاقا متينا وتكون اغشية كاذبة تضغط على الاوردة والقناة
الصفراوية ويحدث الاستسقا واليرقان وهو على نوعين الارتشاح والأورام
الصمغية اما الارتشاح الزهري فأنه يشبه السيروز الضموري الجبي
او السيروز الضخامي وقد يجتمع الشكلان في الكبد فيكون أحد
فصوصه ضامرا والأخرى ضخمة وقد يتضاعف بالاستحالة النشوية أو
الشحمية وفي هذه الحالة تعم الاصابة الطحال والكلا في آن واحد
وأما الأورام الصمغية فأنها تتولد في جوهر الكبد أو على سطحه ويختلف
حجمها من قلم رأس الدبوس الى البندقة وتكون في الابتداء رخوة سحابية ثم
تجف

تجف وتنقص أو تتخلب

وأعراض الزهري الثلاثي للكبد قليلة الوضوح وهي عبارة عن اضطراب هضمي بدون آلام محسوسة ولا حمى ثم يزداد الاضطراب الهضمي ويحصل النحافة والإسهال والأوذيما في الأطراف وتنحط القوى ويشاهد في الغالب اليرقان والاستسقاء الزقي في ابتداء المرض وبالبحث عن الكبد يوجد ضخامتها وسطحه غير منتظم أو يكون الضمور قاصرا على فص منه ويكون الفص الآخر ضخما وتصحبه ضخامة الطحال في الغالب

وسير الزهري الثلاثي في الكبد بطيء جدا وربما استطالت مدته مدة سنين ولكن خطره سريع متى تضاعف بالاستحالة الشحمية أو النشوية وتعطلت وظائفه أو فقدت أو متى أصيبت الكلا معه

وأما الزهري الوراثي فإنه قد يشاهد في الكبد عند المولودين حديثا ويوجب سرعة هلاكهم أو يحصل فيما بعد في سن الطفولية أو الشبوبية ويكتسب حينئذ أوصاف السيروز الضموري أو الضخامي ويصحبه اليرقان والاستسقاء الزقي وأوذيما الأطراف ويكون سيره بطيئا جدا ويستدل على تشخيصه بوجود آفات الزهري الوراثي كآفات الأسنان والالتهاب القرني المنتشر وحدبات الجبهة وتشوه الأنف وتقوس القصبة وأثر الالتحام في الجلد والعقد اللمفاوية ونحو ذلك

ومتى تعين تشخيص زهري الكبد تلزم المبادرة في استعمال المعالجة النوعية القوية كيودور البوتاسيوم عقدار كبير والمركبات الزيبقية

(المبحث التاسع في الأكياس الكبد الديدانية)

الأكياس الديدانية كثيرة الحصول في الكبد وهي أكثر حصولا فيه من بقية الأحشاء بأجمعها

(الأسباب) قد سبق تفسير تكون الأكياس الديدانية عند الكلام على الديدان الشريطية للأمعاء وذكرنا أنه متى خرج بيضها مع المواد الثفلية وتلوثت منه

الحشائش أو المياه ونحو ذلك ثم ابتلعها حيوان ما سواء كان آكلا للحشائش
او اللحوم ووصل البيض حينئذ الى المعدة فإن العصير المعدي يذيب غلاف
البيضة ويخرج الجنين مزينا بستة كلاليب واربعة محاجم وتصل الى
الامعاء وينفذ في جدرها بواسطة كلاليبه وتنزعه فريعات الوريد
الباب وتوصله الى الكبد فيثبت الجنين في نسيجه ويتولد منه كيس ديداني
واذا استمرت سياحة الجنين فانه يصل الى الاحشاء الاخرى كالرئة مثلا
ومتى اقام وثبت في حشا فانه يكون فيه كيسا ديدانيا ايضا
ثم ان الدودة الشريطية التي تتولد من اجنتها الاكياس الديدانية عند
الانسان المسماة بالدودة الشريطية القرعية التي تنمو في امعاء الكلب
وافراد نوعه كالذئب وبن آوى وتتصف بكون طولها في سن الكهولية
لا يزيد عن ٤ مليمتر ولها رأس موشحة بممص واربعة محاجم وصفين من
كلاليب يبلغ عددها من ٣٠: ٤٠ ويتصل بالرأس ثلاثة أو اربعة
عقل في الاخيرة منها فتحة التناسل جانبية تحتوي على البيض واذا
انفصلت عن الدودة تقذف مع المواد الثفلية وتتمزق ويتبدد بيضها
في الخارج
ثم ان الاكياس الديدانية الكبدية لا تصيب الاطفال ولا الشيوخ الا
في النادر وتصيب الرجال اكثر من النساء وخصوصا الملازمين
للكلاب المهملين في مراعاة الشروط الصحية الذين يتركون الكلاب تلعق
في ايديهم ووجوههم لان دأب الكلب لعق استه فيتلوث فمه وانفه
ويحمل بالبيض فيوصله الى من يلامسه وكذا اذا استعمل الانسان
المياه أو الخضراوات الملوثة بأقذار الكلاب فانه يبتلع البيض فيتعرض
للاصابة بالاكياس الديدانية
وتشاهد الاكياس الديدانية الكبدية بكثرة في بعض البلاد كبلاد
النمسا والمانيا وخصوصا ايسلاندا وذلك لكثرة مخالطتهم للكلاب

ولا

ولاسيما العقرا ولما والشرق هو اقل حصولا بين المسلمين لتغذيهم من الكلاب

(التشريح المرضي) الاكياس الديدانية الكبدية نوعان اكياس ذوات حيب واحد واكياس متعددة الجيوب اما الاكياس ذوات الجيب الواحد فهي الاكثر حصولا وكيفية تكونها ان الجنين ذا الكلاليب الستة متى وصل الى الكبد وثبت فيه بالطريقة التي سبق شرحها يفقد كلاليبه وينبسط على هيئة خلية او غشاء متين ويفرز مادة مخصوصة تنعقد وتحيط به على هيئة كيس ثم يتهيج المنسوج الخلوي الملامس له وينشأ من ذلك افراز يحوطه بغلفه بطبقة جديدة بحيث لو حصل البحث عن الكيس الديداني حينئذ لوجدت جدره متكونة من ثلاث طبقات وفي باطنه سائل شفاف

الطبقة الاولى الظاهرة خلوية ليفية متكونة من مواد الافراز قد يصل سمكها الى نصف سنتيمتر او ازيد وتتولد منها اوعية حديثة التكوين وظيفتها تغذية الكيس الديداني وهي قابلة للاستحالة الكلسية او التقيح على حسب الاحوال

والطبقة الثانية متكونة من افراز الجنين الديداني لا يبلغ سمكها زيادة عن ١ : ٣ سنتيمتر طبيعتها زلالية شبيهة شفافة غير عضوية مجردة من الاوعية وهي متكونة من جملة طبقات متراكمة مختلفة السمك متى شقت تلتف على نفسها الى الداخل كالاغشية المرنة مع ان الميكروسكوب لا يستكشف فيها الياف مرنة واضحة وهذه العلامة مهمة في تشخيص بقايا الاكياس الديدانية

والطبقة الثالثة متكونة من غشاء حبيبي شبيه بالتوت الافرنجي يسمى بالغشاء المثمر لانه تتولد على سطحه حويصلات دقيقة تنمو وتمتلئ بالسائل ويتكون لها سويق وتنتهي بانفصالها من الغشاء المثمر وسقوطها في تجويفه ويعبر عنها حينئذ بالحويصلات البنات وتحتوي بعض تلك الحويصلات على حويصلات اصغر منها تسمى حويصلات

بنات البنات وقد تحتوي حويصلات بنات البنات على حويصلات اصغر منها يعبر عنها بحفيدات حويصلات البنات وهلم جرا وكل حويصلة من البنات تتركب كالأم من غشاء متين محاط بغشاء زلالي والحويصلات البنات نوعان احداهما مجردة من الديدان ويقال لها العقيمة والأخرى تحتوي على الديدان وتسمى المثمرة

وبالبحث عن الجبيبات الديدانية التي تتولد على سطح الغشاء المثمر توجد في الابتداء مبيضة ثم تصير حويصلية ذات سويق وتظهر فيها رأس ذات اربعة محاجم وثلاثين أو اربعين كلابا وتلك الرأس محمولة على عنيق وذلك العنيق متصل بجسم مستدير بيضاوي ينتهي بسويق متصل بالغشاء المثمر ومتى انقطع السويق تسقط الدودة في باطن الحويصلة وبالتأمل الى الرأس توجد منقلبة مع عنقها داخل الجسم على هيئة اصبع الالدوان (القفاز) المقلوب وقد سبق شرح ذلك مطولا عند الكلام على الديدان المعوية

وأما السائل الشفاف داخل الكيس فإنه رائق يشبه الماء الزلال ومغموله قلوي أو متعادل وفي النادر حمضي ووزنه النوعي من ١٠٠٢ الى ١٠١٥ ويختلف مقداره من بعض جرامات الى ١٠ ليترات أو أزيد وبالبحث عنه بالميكروسكوب توجد به بعض كلاليب ويحتوي على كلورور الصوديوم ولا يوجد فيه اثر الزلال وإن وجد فهو دليل على موت ديدان الكيس لأنها تتغذى منه طول حياتها فتمتصه من السائل أولا بأول ثم ان الاكياس الديدانية تصيب في الغالب الفص الايمن وقد يكون الكيس منفردا أو متعددا ويشغل مركز الكبد او دائره خصوصا بقرب سطحه الظاهر ويتسبب من مجاورته للبريتون التهاب الغشاء المصلي وتكاثفه ويعقب نمو الأكياس الديدانية عدد الكبد بدرجة مختلفة وربما ملأ تجويف البطن ونتأ في الصدر وينشأ من ضغطها ضمور

النسيج الكبدى وفساده
وتنتهى الاكياس الديدانية اما بالتقيح [illegible] الانفجار اما التقيح
فيوجب ذوبان الاغشية الجنينية و[illegible] الاورتقاوم فعل
الصديد واما الامتصاص فيسبقه [illegible] الطوبة البيضية والحالتها
الحالة المغمر وفيه او الكلسية وهو يوجب تكوين فى الكيس تتكاثف
السائل فيه وتستحيل الى كتلة زجاجية او صمغية متكونة من الكولسترين
ومن بلورات جيرية او دموية وبعض كلاليب ثم يضمر الكيس شيئا فشيئا
وليس منه ضرر واما انفجار الكيس فيحصل منه قبل التقيح او بعده وينصب
السائل فى الاحشاء او التجاويف لحشوية المجاورة كالرئة والبليورا
والبريتون والمعدة والامعاء والمسالك الصفراوية ونحوها وينشأ عن
ذلك عوارض شتى
واما الاكياس المتعددة الجيوب او الخلوية فهى نادرة جدا وتنشأ من
بويضات ديدانية مخصوصة ليست من الدودة الشريطية القرعى ولا
يعلم حقيقة منشئها بالدقة وتتميز بوجود الغشاء المثمر على سطحها بحيث
تنمو الحويصلات الديدانية عليه فى الخارج وتتولد منها اورام صلبة
متعددة الحواجز خلالية تحتوى خلاياها على سائل هلامى شبيه بالسرطان
الهلامى الخلالى وقد التبست به مدة حتى عين طبيعتها المسلم وريشو
بالدقة وبعض الحويصلات يحتوى على بعض الكلاليب او دويدة كاملة
والبعض اغشيته متمزقة او متكلسة فى بعض النقط
ويختلف حجم الحويصلات جدا فنها ما يكون دقيقا لا تكاد العين ان تميزه
ومنها ما يكون فى حجم البندقة ومتى تقاربت اختلطت واذا لامست
وعاء او قناة صفراوية تنمو فى تجويفه وتسده
ثم ان الاكياس المتعددة الجيوب تصيب الفص الايمن من الكبد غالبا
وتقرب من سطحه فيصير ذا حدبات غير منتظمة وتؤثر على نسيجه وتفسده

وبقيتها في الغالب ضخامة الطحال ـ

(الأعراض) الأكياس الهيدانية الوحيدة للجيب قد تستمر كامنة مادامت صغيرة الحجم مدفونة في [illegible] الكبد وربما استمرت كذلك مدة بعض اشهر ثم يحصل اضطراب في الهضم والافرازات الصفراوية ودورة الوريد الباب فتتقدم كلما تقدم المرض ويمو الكبد دفعة واحدة وتظهر العلامات المختلفة للاكياس الهيدانية

وقد تحصل في المدة الأولى بعض اعراض توجب الشبهة وذلك كالآلام الكتف الايمن التي تشاهد خصوصا اذا كانت الاكياس قريبة من السطح الظاهر للكبد وزد على ذلك الرعاف والاحساس بثقل في المراق المريض اذا انحني في ازديادها والالتهاب البلوراوي الايمن الذي قد يحصل ولو كانت الكيس جوهريا بعيدا عن سطح الكبد وزد على ذلك الرعاف والاحساس بثقل في المراق الايمن والقسم الشراسيفي

ومتى نمت الاكياس الهيدانية يتسبب عنها عدد الكبد بدرجات مختلفة وقد يزداد حجمه جدا بحيث يملأ البطن ويصعد في تجويف الصدر الى الضلع الثالث ويضغط على الاحشاء ويبرز في الجهة اليمنى دافعا قاعدة الصدر وجدر البطن امامه بدرجة واضحة وبالبحث عن الكبد يوجد سطحه غير منتظم ويوجد بعض الاكياس بارزا عليه على هيئة اورام مرنة متجهة الى اعلى في الصدر أو الى اليسار في القسم الشراسيفي والمراق الايسر أو الى اسفل في الحوض أو في القطن بحيث انه ربما يلتبس بالانسكابات البلوراوية أو البريتونية أو بأكياس المبيض أو باورام الطحال أو الكلا واورام الاكياس الهيدانية تكون في العادة مستوية ملسة مرنة أو متموجة قليلا وبالقرع وبالتسمع يحس فيها بالارتعاش الهيداني غالبا

وأول من شرح الارتشاح الهيداني هو العلم بيورى وهو ينسب لتصادم الكلاويا الهيدانية البنات ببعضها ولذلك يكثر وضوحه في الأكياس القليلة

القليلة التوتر ويمكن تشبيهه باهتزاز الهلام المقروع عليه او بالاهتزاز الذى يحس به اليد الماسة لاحبال العود حال ارتعاشها ولاجل الاستشعار بالارتعاش الديدانى جيدا يلزم استراحة اليد فوق الكيس بعد قرعه فورا او توضع الاصابع فوق الكيس ويقرع على الاصبع الوسطى بغتة باليد الثانية ثم ينتظر برهة

ثم ان الاكياس الديدانية اذا تركت وشأنها تنمو ببطء وقد تستمر عدة سنين الى خمسة او اكثر بدون ان تتضاعف بعوارض خطرة ولكن كلما تقدم المرض يزداد سوء الهضم وتفقد الشهية ويحصل النحول وتتكرر الانزفة ولاسيما الرعاف والنزيف الرحمى ويقع المريض فى حالة شبه الكاشكسيا واما اذا ضغطت الاكياس على المسالك الصفراوية او الوريد الباب فانها تتضاعف بالبرقان والاستسقاء الزقى وتمدد اوعية جدر البطن واذا حصل الضغط على الاجوف السفلى تظهر الاوزيما فى الاطراف السفلى ومتى زاد الضغط فى الصدر يتعسر التنفس ويشكى المريض بالالم فى البطن وثقل وقلق متعب حتى لا تيسر له الاستراحة فى الجلوس ولا فى الرقاد وقد تنتهى الاكياس بالانفجار قبل وصول الاعراض الى هذه الدرجة

وتختلف الاعراض باختلاف انتهاء الاكياس بالانفجار او التقيح او الامتصاص اما انفجار الاكياس الديدانية فانه يوجب انسكاب متحصلها فى الاحشاء المجاورة ويسبق الانفجار فى الغالب التهاب الكيس وتقيحه وموت الحويصلات الديدانية البنات داخله وقد ينفجر الكيس الديدانى على حسب محله فى التامور او فى البليورا او فى البريتون ويعقب ذلك فى الغالب التهاب خطر مميت خصوصا اذا كان الكيس متقيحا واما اذا كان السائل رائقا فربما يبرأ المريض من نفسه او بعد فعل البزل ويعقب تمزق الكيس فى البريتون فى الغالب ظهور طفح اجرى حاد واصف

واذا كانت وريقتا البليورا ملتصقتين قبل انفجار الكيس الديدانى فانه ينسكب فى الرئة ويصل الى الشعب ويتقاياه المريض ويصحب ذلك الم شديد وسعال واختناق وخروج مقدار عظيم من سائل مصلى او مصلى صديدى او مصلى مدمم منتن يحتوى على بعض بقايا غشائية ديدانية وكلاليب او رؤس الديدان

كاملة وقد توجد فيه اثار الصفرا والبولات دموية ثم يقل خروج السائل في الايام التاليه وقد ينتهي بالشفا والغالب ان المريض يهلك اما بالمضاعفات الرئوية كالغنغرينا والنزيف او عقب التقيح المفرط المستحق

واما انفتاح الكيس الديداني في المسالك الصفراوية فتختلف عواقبه فاذا وصلت الصفرا لداخل الكيس تموت الديدان وربما برئ المريض بعدها واذا انصب محصل الكيس في الحوصلة المرارية او القناة الصفراوية يحصل مغص كبدي حاد وربما حصل الشفاء ايضا بعد فراغ الكيس واذا انسدت المسالك الصفراوية بالاغشية الديدانية يستولي عليها الالتهاب ويحتبس الصفرا ويهلك المريض بالرقان الحاد

وانفجار الكيس الديداني في القناة الهضمية بعد تمام التحامه بجدرها يحصل غالبا في القولون وحينئذ يستشعر المريض بالم حاد يعقبه خروج السائل من الشرج واذا كانت فتحة الاتصال متسعة يتفرغ الكيس بسرعة وربما ينتهي بالشفا واما اذا كانت الفتحة ضيقة فان المريض يصير عرضة لاخطار التقيح العسر المستطيل واما انفجار الكيس في المعدة والاثني عشري فهو نادر ويكون في الغالب خطرا ويعقبه خروج بعض السائل من الفم والبعض من الشرج

وقد ينفجر الكيس في الوريد الاجوف ويحصل نزيف بالحق مميت او ينصب السائل في الدورة ويصل الى القلب الايمن ثم الى الرئة ويحصل تسمم صديدي وسدد رئوية فيهلك المريض

وقد يشاهد انفتاح الكيس الديداني على سطح الجلد بجوار السرة ويسبقه حينئذ التهاب في النقطة المصابة وقد يبرأ المريض بعد فراغ الكيس

واما تقيح الاكياس الديدانية فيكون اما من ذاته او بسبب مرض وينتهي بالانسكاب في الاحشاء المجاورة وتصحبه اعراض خراج الكبد كالقشعريرات وحمى الدق والعرق والنحافة

واما امتصاص الاكياس الديدانية فانه يشاهد عادة قبل اكتسابها حجما كبيرا او قبل تشخيصها ولا يعلم سبق حصولها الا بوجود اثر الاكياس في الجثة

هذا

هذا وأما اعراض الاكياس الديدانية المتعددة لجيوب اى الخلاثية فانها تكون
فى الابتداء قليلة الوضوح ايضا وتشتمل على اعراض اضطراب الهضم ثم تمدد الكبد
ويصير متيبسا غير منتظم ويحس فى ظاهره باورام صلبة كالاورام السرطانية
أو السيروز الضخامى ويصحبه غالبا تمدد الطحال ويرقان وانسكاب بريتونى
واوزيما الجلد (نيماير) ويتضاعف كثيرا بالانزفة المعدية والرحمية والرعاف
وسيره بطيء جدا ربما استغرق عدة سنين نحو العشرة أو اكثر وانتهاؤه عادة
بالموت

(التشخيص) تشخيص الاكياس الديدانية الوحيدة لجيب صعب فى الابتداء ويسهل كلما
كبر الكيس ويتعين التشخيص بعد البذل بخروج السائل الرائق الملحى والحويصلات
الديدانية او بقاياها

ومتى شوهد عند المريض ورم مرن غير مؤلم اصم وفيه اهتزاز محسوس وكان
سيره بطيئا وغير مصحوب بحمى ولا يرقان ولا استسقا يمكن الحكم فى غالب الاحوال
بانه كيس ديدانى واما اذا كان ذلك الورم ذا سويق ويتقارب من الطحال أو
المبيض او الكلا فانه ربما يلتبس باكياس الاحشاء المذكورة أو يحصل العكس يعنى
ان اكياس الطحال والمبيض والكلا اذا توجهت نحو الكبد ولامسته ربما تلتبس
بالاكياس الكبدية ويلزم البحث الدقيق لاجل تعيين التشخيص

واما ضخامة الكبد اللوسيمية والاجامية والسيروزية والزهرية وخراج الكبد
وسرطانه فانها تتميز باعتبار سوابق المريض وسنه وسير المرض وعلاماته والعوارض
العامة وخصوصا فى السيروز فتعتبر السوابق الكؤلية والاستسقا واليرقان
وتمدد الطحال ويعتبر فى السرطان سن المريض والكاشكسيا وفى الاحوال
الخفية يمكن الالتجاء الى البذل الاستقصائى والبحث عن طبيعة السائل
ولا يخشى فى البذل الاستقصائى من نفوذ السائل داخل البريتون بشرط
ان تكون الالة صغيرة ومطهرة باللهب ولا يضغط على الورم حال البذل ولا بعده
واذا نشأ الكيس الديدانى فى الصدر واشتبه بالانسكاب البليوراوى تعتبر

سوابق المريض وسيره وتحدب قسم الكبد وبروزه واندفاع قاعدة الصدر
الى الخارج وارتفاع الأصمية في الصدر من الأمام أو الجانب أكثر من ارتفاعها من الخلف
وأما الأكياس الديدانية المتعددة الجيوب فمن الصعب تمييزها عن السرطان
وانما لا يتمدد الطحال في سرطان الكبد ويتميز السيروز بسوابق الشخص الكحولية
واليرقان ويتميز الكبد النشوي بأسبابه وبوجود الزلال في البول وإصابة الكلا النشوية
(الإنذار) انذار الأكياس الديدانية للكبد غير حسن في الغالب بسبب نموها واختلاف عوارضه
وانفجارها في الأمعاء يعتبر انتهاء حميدا وأما انفجارها في الشعب فهو أكثر خطرا
(المعالجة) المعالجة الواقية مهمة جدا وتقتضي ابعاد الكلاب وعدم ملامستها ثم الاعتناء
في نظافة المأكولات والمشروبات ويلزم محو الأكياس الديدانية التي توجد في
الحيوانات المذبوحة لئلا تأكلها الكلاب وتستحيل عندها الى دودة شريطية تنتج
من البيض الوفا

وأما المعالجة الشفائية فتكون دوائية أو جراحية فالدوائية ليس لها مفعول في
الأكياس الديدانية ولا يعلم منها ما هو قاتل لها وأهمها يودور البوتاسيوم والمركبات
الزيبقية وصبغة الكامالا وكلورور الصوديوم

وأما المعالجة الجراحية فهي الأهم ويمكن اعتبارها وحدها شفائية وأنواعها كثيرة منها البزل
الابري البسيط والكهربائي والبزل البسيط والماص والبزل المتبوع بحقن السوائل
المهيجة كصبغة اليود والكؤول والصفراء والكي بعجينة وينا ثم الشق أو خياطة
الكيس بجدار البطن قبل الشق

ثم ان البزل الابري البسيط والكهربائي هو الأقل خطرا والمراد به تحليل السائل
الديداني وقتل الديدان وقد تموت الديدان عقب البزل البسيط وحده

وأما البزل بأنواعه فيستعمل عادة في الأكياس الغير المتقيحة وقد يكفي خروج مقدار قليل من
السائل الديداني لأجل اماتة بقية الديدان وشفاء المريض ويفضلون البزل
الماص وعلى كل حال لا تلزم العجلة في تكرار البزل لأن السائل قد يمتص بنفسه بعد ذلك
والأصوب التربص بعض أشهر أو سنة قبل فعل اعادة البزل عند اللزوم

وأما

واما الشق فيستعمل في الاكياس المتقيحة سواء كان التقيح ذاتيا او عقب البزل او بسبب جرحي آخر وفي هذه الحالة يلزم غسل الكيس والغيار عليه بالانابيب المرنة ومهما كانت العملية الجراحية فيجب مراعاة القواعد المضادة للعفونة بغاية الدقة

(الفصل التاسع في امراض الوريد الباب)

(اولا التهاب الوريد الباب) التهاب الوريد الباب الذاتي نادر جدا ويكون في العادة تابعيا لالتهاب الاحشاء المتوزعة فيها فروعه او يكون متعلقا بالاستصاص الصديدي والالتهاب اما ان يكون قاصرا على بعض فروعه او عاما ويتصف باحتقان جدره بدرجة مختلفة وارتشاحها بالنضح الالتهابي وسماكتها بدرجة واضحة وقد يصحب ذلك تقرحات في الغشاء الباطن ويمتلئ الوريد بدم سنجابي صديدي ويصحبه تمدد وخراجات كبدية واحتقان في الطحال والاحشاء الباطنية واذا كان متعلقا بالاستصاص الصديدي تشاهد الخراجات في الرئة والطحال والكلا والمفاصل والتجاويف الحشوية وغيرها

وتنحصر اعراض التهاب الوريد الباب في الالم وتمدد الكبد والطحال والبرقان الزهوي والحمى والقشعريرة المتقاربة والعرق ثم التنفس والهذيان والاغماء وكثيرا ما يحصل التقيؤ والاسهال وتكتسب الاعراض هيئة تيفودية تتضاعف بالانزفة الصديدية والبطنية واعراض الخراجات الحشوية ويهلك المريض في مسافة بعض ايام وتستطيل حياته بعضا اسابيع في النادر

وتشخيص التهاب الوريد الباب صعب ويتميز عن خراج الكبد باسبابه وسرعة انتفاخ الطحال والاسهال ويتميز عن المغص الكبدي بانتفاخ الطحال والاسهال والاعراض الضعفية وعدم وجود البول الصفراوي وعدم فقد لون المواد الثفلية ويتميز عن اليرقان النزلي بالقشعريرات والاغماء وعدم وجود المواد الملونة للصفرا في البول ويتميز عن الحمى التيفودية باللون اليرقاني وعن الحمى المتقطعة بعدم انتظام النوب وعدم تأثير سلفات الكينا ثم باعتبار السير والاعراض الخاصة بهذه الامراض يمكن تعيين التشخيص وقد يتعذر في كثير

من الاحوال

ومما ذكر سيتنتج خطر هذا المرض وان معالجته عرضية فقط ومنها المنبهات والمقويات

(ثانيا في سدد الوريد الباب) تكون سدد الوريد الباب ذاتية أو سيارة وهي تنشأ من الالتهاب الموضعي او الضغط على الوريد واعاقة الدورة أو ركود الدم او يتعلق بالكاشيكسيات الدرنية والسرطانية ونحو ذلك ويتسبب عن تلك السدد انسداد الوريد التام او الجزئي أو انسداد بعض فريعاته وتصحبها اعلامات جميع السدد الوعائية

ولا تصحب انسداد الفريعات الكبدية للوريد الباب اعراض واضحة واما انسداد الجذع فانه يتصف باعراض ركود الدم في الجهاز الهضمي كنزلات القناة الهضمية وانتفاخ الطحال وظهور الاستسقا الزقي مع تمدد اوردة جدر البطن ويحس المريض بثقل في المراق الأيمن ويضطرب الهضم ويحصل الأسهال والقيء والانزفة المختلفة واما اليرقان فهو نادر جدا واذا شوهد فانما يكون دمويا ويقع المريض في الكاشيكسيا شيئا فشيئا حتى يهلك في مسافة بعض أسابيع أو اشهر او يقضى عليه قبل ذلك بالمضاعفات والانزفة

وليس من السهل تمييز انسداد الوريد الباب عن السيروز الكبدي لأنه يصاحبه غالبا وانما يتميز السيروز باليرقان الذي لا يشاهد في انسداد الوريد الا نادرا وقد يلتبس بالأمراض المزمنة للبريتون خصوصا درني وسرطاني متى اصطحبت بالانسكاب وتيسر البحث عن ضخامة الطحال وقد يتوصل الى التشخيص بالبحث عن الأحشاء الأخرى كالرئة والبليورا وعن علامات الكاشيكسيا النوعية

ومعالجته تشبه معالجة السيروز الكبدي

(الفصل العاشر في أمراض البنكرياس)

البنكرياس كالغدد اللعابية لا يصاب بالالتهاب البسيط الا نادرا وقد يصل اليه الالتهاب بالمجاورة ولا نعلم اصابته كالحمى التكفية وانما قد يلتهب مثلها وذلك عقب الحمى التيفوديه والامراض المعفنة وينتهي التهابه اما بالتقيح او باليبس والضمور وبعض المؤلفين

المؤلمة التي تنسب للضمور الديابيطس السكري

وقد يصاب بالاحتقان والنزيف الخطر في الامراض الدموية العامة كالاسقربوط

ويصاب ايضا بالاستحالات الشحمية والسرطان والاكياس والحصوات الجيرية

المسفاتية او الاكسالية

ولامراض البنكرياس ليس لها اهمية في الاكلينك وتنحصر الاضطرابات التي تصحب الآفات

المذكورة عادة في الآلام في القسم الشراسيفي والغثيان والقيء مع حركة حمية أو

بدونها وضعف في القوى وقد يصحبها اسهال دسم وبول كلوسي وانما لا توجد

في هذه الامراض علامات خاصة وقد يهلك المريض وتستكشف الآفة في

الجثة ولم يعلم بوجودها في مدة الحياة

وحيث ان أعراض آفات البنكرياس تستند او تنسب لآفات حول الاعضاء المجاورة

فلا يمكن تعيين معالجة خاصة بل يكتفي بالمعالجة المرضية على حسب الأحوال

(الفصل الحادي عشر في أمراض الطحال)

امراض الطحال كثيرة وتكون في العادة ثانوية أو تابعية لامراض أخرى

اما احتقان الطحال والتهابه الحاد وخراجه فقد يحصل عقب الاصابات الجرحية والسدد

الدموية وأما ضخامة الطحال والتهابه المزمن فقد يشاهدان في الحمى التيفودية والتسمم

الآجامي والموسيميا والامتصاص الصديدي وفي ركود الدم الوريدي في الاجوف

والوريد الباب عقب امراض القلب والكبد والرئتين ونحوها

ويلين منسوج الطحال في الالتهاب الحاد او يتكون فيه خراج واحد او عدة بورات

ربما تنفجر في البريتون والاحشاء المجاورة واما في الالتهاب المزمن فان

النسيج يصير رخوا اسفنجيا أو متينا متيبسا او يحصل ضخامة في الطحال ربما

تبلغ درجة كبيرة جدا بحيث يملأ تجويف البطن وتصل حافته الى الحوض

او المراق الايمن ويصير متحركا خصوصا عند النساء وقد يبلغ وزنه الى ١٠ او ٢٠

كيلوجرام

وتصحب الالتهاب الحاد آلام موضعية او منتشرة في المراق الايمن وحمى وقشعريرة

والخطاط وضعف اوقيح في الغالب وقد يحس بانتفاخ الطحال وتألمه بالضغط ولا
تشاهد هذه الاعراض في الالتهاب المزمن او تكون ولكن بدرجة خفيفة ويتسبب
من ضخامة الطحال الاحساس بثقل وتمدد في المراق الايسر ومن ضغط الطحال على الاحشاء
المجاورة يحصل اضطراب في الهضم والتنفس وضربات القلب وقد يلتصق الطحال
بهذه الاحشاء عقب التهاب محفظته والطبقة البريتونية المجاورة له ويسهل
تعيين حجم الطحال بالبحث عنه بالجس والقرع

وأما الاستحالة الشحمية والنشوية للطحال فانها تصحب استحالات الاحشاء
الاخرى كالكبد والكلا وتوجب ضخامته وتيبسه

ويصاب الطحال ايضا بالافات الزهرية لاسيما الاورام الصمغية وكذا يصاب
بالدرن خصوصا في التدرن العام وبالاكياس الديدانية وأما الاورام الخبيثة
فلا تصيبه الا في احوال استثنائية كما اذا كان عقب سرطان المعدة

وهذه الافات جميعها ليس لها اعراض خاصة مهمة وانذارها ومعالجتها تكون
مرتبطة بالأمراض الأصلية او عرضية صرفا

وأما تمزق الطحال فسواء كان متأتيا عن سبب جرحي او عن مرض موضعي
او عام فانه يعقبه انسكاب دموي وتصحبه اعراض النزيف الباطني
المميت والله تعالى هو الموفق للشفا القادر البارئ
بلا خفا الباقي بلا زوال المنزه عن العلل
والامراض محول الاحوال
له الشكر على التمام
وله الحمد حسن
الختام

(خاتمة الكتاب)

حمداً لمن افاض علينا مواهب نعمه * واجرى بفضله ينابيع حكمه وكرمه * والصلاة والسلام على اشرف خلقه على الاطلاق * سيدنا محمد الذى اسرى به الى السبع الطباق * صلى الله وسلم عليه * وعلى آله والمنتمين اليه * اما بعد فيقول مصححه المفتقر الى لطف ربه الخفى * عبد الله الصفتى الحنفى * قد تم بحمد الله تعالى طبع كتاب جامعة الدروس السنويه * فى الامراض الباطنيه * لمؤلفه النطاسى الكبير * الدكتور البارع الشهير الشهم الهمام سعادة ابراهيم باشا حسن * عامله الله بالاحسان والمنن * وجزاه خيراً على ما ابداه * من العلوم الجليلة بتأليفه وما رواه * فانه حفظه الله جاد بما فى وسعه لنفع الوطن وابنائه * وبذل قصارى مجهوده فى تعميمه واقتنائه * وأتى بالفوائد الجميله وأقام على فضله وعلمه دليله * ولم يأل جهداً فى التعليم والنفع العميم * وحسبنا برهانا هذا الكتاب الذى تقتبس من محاسنه جميع الطلاب

وكان تمام شروق هذا النور الساطع * فى سماء طبعه اللامع * صبيحة يوم الاثنين الموافق ٢٧ خلت من شهر ربيع الثانى سنة الف وثلثمائة وواحد عشر * من هجرة كنز الرسالة النبى المعتز * صلى الله عليه وسلم * وشرف وعظم * مشرقا بانوار الطلعة العباسيه مستمداً من بحارها الوافيه * متضوعة روائحه الشذيه * بما بقى برياضه الندية محفوظا بالانظار الداوريه * مشمولا بالرغبات الرياضيه راجيا حسن القبول * من اكرم مسئول * ولما فاح من صحائفه مسك الختام * ولاح من سمائه بدر التمام * قلت مؤرخا بالتاريخ

الافرنكى * بعد ذكر التاريخ العربى المدنى المكى * وذلك على حسب الحال * وعلى الله الاتكال

ابدور تم نحوها الايماء * ام ذى شموس فى العلا وذكاء
ام ذى رياض اينعت بعقاقر * تختال فى حلل بها الارجاء
ام تلك ازهار زهت وتفتحت * اكمامها ماشمها جهلاء
ام تلك جامعة الدروس اتى بها الدكتور ابراهيم وهو لواء
ابدى بها طبا يطيب به الفتى * امراضه ان مسه برحاء
قد جد فى بث العلوم بهمة * واجاد فى طب فنعم ذكاء
لله در سعادة الباشا الذى * قد صاغ لؤلؤه فنعم سناء
فى مصر مولانا الخديوى مزهرا * فى حكمه بين الورى الالاء
عباس باشا من رقى هام العلا * وسمت به مصر فطاب هناء
من فضله اشرقت جمان معارف * فى قطرنا والطب والحكماء
لازال محفوظا بعين عناية * طول الدوام له الامان رضاء
ابقى له ذكرا جميلا دائما * متواصل الحسنات فيه ثناء
واليك جامعة الدروس كأنها * فى جنة المأوى لنا حوراء
تاهت بها دار الاطبا بهجة * وسمت مواردها وتم وفاء
سفرت فقلت لها تاريخ وفق * فى نبع جامعة الدروس رضاء

٩٦ ١٧١ ٥٦٤ ٣٠٦ ٨١١

سنة ١٨٩٣

١